

有效沟通的辅助工具

姓名：_____ 日期：_____

住址：_____

_____ 职业康复咨询师：_____

电话：_____
电子邮件：_____

首选辅助工具类型：

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 美国手语翻译 | ☐ 大字体印刷材料 |
| ☐ 认证聋人手语翻译 | ☐ 布莱叶盲文 |
| ☐ 个人助听器 | ☐ 音频材料 |
| ☐ 实时通信访问翻译 | ☐ 笔记员 |
| ☐ 书面材料 | ☐ 合格阅读人 |
| | ☐ 盲文触屏 |

☐ 其他类型（请指明）：_____

☐ 如果更喜欢提供自己的手语翻译或其他辅助工具，请在此签字。然而，在您选择使用自己的辅助工具时，内华达州康复科无法确保沟通质量或提供有效沟通。随后您可以在案件中的任何时间，请求选用康复科提供的辅助工具。

签字

日期