

효과적인 의사소통을 위한 보조 기구

이름: _____ 날짜: _____

주소: _____ VR 상담사: _____

전화: _____

이메일: _____

선호하는 보조 기구 유형:

- 수화 통역사
- 공인 청각 장애인 통역사
- 개인용 청취 장치
- 실시간 자동 문자 통역
(Communication Access Realtime Translation)
- 서면 자료
- 큰 활자 자료
- 점자 형식
- 음성 자료
- 필기 도우미
- 낭독 도우미 / 대독자
- 점자 텔레터치

기타 보조 기구 (구체적으로 명시): _____

본인이 직접 통역사 또는 기타 보조 기구를 제공하는 것을 선호하는 경우 여기에 서명하십시오. 그러나, 네바다 재활국은 귀하가 직접 보조 기구를 사용하는 것을 선택했을 때 효과적인 의사소통의 질이나 제공을 보장할 수 없습니다. 귀하는 사례 진행 중 언제든지 재활국에서 제공하는 보조 기구를 요청하여 사용할 수 있습니다.

서명

날짜