

In the Court of Common Pleas of \_\_\_\_\_ County  
कोर्ट अफ कमन प्लियाज \_\_\_\_\_ काउन्टी

Commonwealth of Pennsylvania  
कमनवेल्थ अफ Pennsylvania

:  
:  
:  
:  
:  
:  
:  
:

Case number: \_\_\_\_\_

मुद्दा संख्या:

Vs./बिरुद्ध

Defendant  
प्रतिवादी

**Interpreter Request Notice – Criminal**  
**दोभाषे सेवा अनुरोध सूचना- फौजदारी**

Interpreter services are requested in the above  
captioned matter as follows:

माथि उल्लिखित निम्न विवरण भएको मुद्दामा दोभाषे सेवाको  
अनुरोध गरिएको छ:

Hearing Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Courtroom/Office: \_\_\_\_\_  
सुनवाइ मिति: \_\_\_\_\_ समय: \_\_\_\_\_ अदालत/कार्यालय:

Address/Location: \_\_\_\_\_  
ठेगाना:

**Proceeding type (Select all that apply):**

**कारबाहीको प्रकार (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्):**

- Jury trial
- Bench trial
- Preliminary Hearing
- Plea
- Sentencing
- Motion
- Status
- Arraignment
- ARD
- VOP
- PCRA
- Private Criminal Complaint
- Summary
- Drug/Veteran's/Mental Health Court
- Community Court
- other: \_\_\_\_\_

- जुरी ट्रायल
- बेन्च ट्रायल
- प्रारम्भिक सुनवाइ
- बहस
- सजायको फैसला
- आवेदन
- स्थिति
- अभियोजन
- ARD
- VOP
- PCRA
- निजी फौजदारी उजुरी
- सारांश
- लागू औषधी/भुपु सैन्य/मानसिक स्वास्थ्य अदालत
- सामुदायिक अदालत
- अन्य: \_\_\_\_\_

**Name of person (LEP) needing the interpreter:**

**दोभाषे सेवा चाहिने व्यक्ति (LEP) को नाम:**

LEP relationship to case:

- Defendant
- Complainant
- Victim
- Witness
- Juvenile
- Parent/Person *in loco parentis*
- other: \_\_\_\_\_

**Language** (Select foreign or sign language and provide all requested information):

Foreign language:

- Language spoken: \_\_\_\_\_
- Dialect (if applicable): \_\_\_\_\_

Sign language:

- American Sign Language
- other non-ASL: \_\_\_\_\_
- Foreign sign language (country): \_\_\_\_\_

**Country of origin:** \_\_\_\_\_

Region/Province (if known): \_\_\_\_\_

Does the LEP speak a second language?  Yes  No

Other language: \_\_\_\_\_

Please provide additional information about the communication preferences of the limited English speaker.

LEP को मुद्दासँगको सम्बन्ध:

- प्रतिवादी
- वादी
- पीडित
- साक्षी
- नाबालिग
- माता वा पिता/व्यक्ति *in loco parentis*
- अन्य: \_\_\_\_\_

**भाषा** (चाहेको भाषा वा सांकेतिक भाषा छान्नुहोस् र मागिएको सबै जानकारी दिनुहोस्):

विदेशी भाषा:

- बोल्ने भाषा: \_\_\_\_\_
- भाषिका (छ भने): \_\_\_\_\_

सांकेतिक भाषा:

- अमेरिकी सांकेतिक भाषा
- अन्य गैर-ASL: \_\_\_\_\_
- विदेशी सांकेतिक भाषा (देश): \_\_\_\_\_

**मूल देश:** \_\_\_\_\_

क्षेत्र/राज्य (ज्ञात छ भने): \_\_\_\_\_

LEP अर्को भाषा बोल्न सक्छन्?  सक्छन्  सक्दैनन्

अर्को भाषा: \_\_\_\_\_

कृपया अंग्रेजी कम जान्ने व्यक्तिसँग कसरी सञ्चार गरिनु पर्छ भन्ने बारेमा थप जानकारी प्रदान गर्नुहोस् ।

Print Requestor's Name

निवेदकको नाम

Date

मिति

Phone

टेलिफोन

Requestor's Signature

निवेदकको हस्ताक्षर

Title

पद

E-mail

इमेल