

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

Plaintiff/Petitioner
वादी/आवेदक

Vs./ बिरुद्ध

Defendant/Respondent
प्रतिवादी

:
: Case number: _____
: मुद्दा संख्या:
:
:
:
:

Interpreter Request Notice – Family
दोभाषे सेवा अनुरोध सूचना- पारिवारिक

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: _____
सुनवाई मिति: _____ समय: _____ अदालत/कार्यालय:

Address/Location: _____
ठेगाना:

Case type and proceeding (Select Domestic Relations
or Juvenile and check all that apply):

मुद्दाको प्रकार र कारबाही (घरेलु सम्बन्ध वा नाबालिग
छान्नुहोस् र लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्):

Domestic Relations:

- PFA
 Custody
 Support
 Divorce
 Mediation
 Contempt
 Modification
 Paternity
 Psych Evaluation
 Other: _____

घरेलु सम्बन्ध:

- PFA
 संरक्षण
 सहायता
 सम्बन्ध-विच्छेद
 मध्यस्थता
 अवहेलना
 संशोधन
 पैतृकता
 मानसिक मूल्याङ्कन
 अन्य: _____

Juvenile:

- Dependency
 Delinquency
 Truancy
 Permanency
 Adoption

नाबालिग:

- आश्रितता
 कसुर
 गयल (स्कूलबाट)
 स्थायित्व
 एडप्सन

- Adjudicatory
- Termination
- Detention
- Probation
- Other: _____

- समाधान
- अन्त्य
- गिरफ्तार
- परीक्षण
- अन्य: _____

Proceeding:

- Motion
- Preliminary
- Hearing
- Master
- Trial
- Status
- Other: _____

कारबाही:

- आवेदन
- प्रारम्भिक
- सुनवाई
- मास्टर
- टायल
- स्थिति
- अन्य: _____

Name of person (LEP) needing the interpreter:

दोभाषे सेवा चाहिने व्यक्ति (LEP) को नाम:

LEP relationship to case:

- Defendant/Respondent
- Plaintiff/Petitioner
- Witness
- Minor/Child
- Juvenile
- Parent/Person *in loco parentis*
- other: _____

LEP को मुद्दासँगको सम्बन्ध:

- प्रतिवादी
- वादी/आवेदक
- साक्षी
- नाबालिग/बच्चा
- नाबालिग
- माता वा पिता/व्यक्ति *in loco parentis*
- अन्य: _____

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

Foreign language:

- Language spoken: _____
- Dialect (if applicable): _____

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

विदेशी भाषा:

- बोल्ने भाषा: _____
- भाषिका (छ भने): _____

Sign language:

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

सांकेतिक भाषा:

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

Country of origin: _____

मूल देश: _____

Region/Province (if known): _____

क्षेत्र/राज्य (ज्ञात छ भने): _____

Does the LEP speak a second language? Yes No

LEP अर्को भाषा बोल्न सक्छन् ? सक्छन् सक्दैनन्

Other language: _____

अर्को भाषा: _____

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

कृपया अंग्रेजी कम जात्रे 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