

FIRST JUDICIAL DISTRICT OF PENNSYLVANIA

PRIMER DISTRITO JUDICIAL DE PENSILVANIA

**AMERICANS WITH DISABILITIES ACT
INTERPRETER REQUEST FORM**

**LEY PARA ESTADOUNIDENSES CON
DISCAPACIDADES
FORMULARIO PARA PETICIONAR INTÉRPRETE**

**YOU HAVE A RIGHT TO HAVE AN INTERPETER
PRESENT AT YOUR HEARING.**

**TIENE EL DERECHO DE TENER UN INTERPRETE
PRESENTE EN LA AUDIENCIA**

**YES I WISH TO HAVE AN INTERPRETER
PRESENT AT THE BELOW HEARING DATE.**

**SI, DESEO TENER A UN INTÉRPRETE PRESENTE
EN MI AUDIENCIA O PROCESO JUDICIAL**

Language Requested:

Idioma Solicitado:

Hearing Impaired (Sign): _____
Language (If Applicable)

Con Discapacidad Auditiva (Lenguaje de Señas)

Defendants Name:

Lenguaje Requerido (Si es pertinente)

Nombre:

Case Number:

Número de Caso:

Hearing Date:

Fecha de Audiencia:

Defendant

Date

Nombre

Fecha

Please email this form to:
interpreters@courts.phila.gov