伊利诺伊州
巡回法院、上诉法院或最高法院

口译员申请

1. 需要口译员的人：

a. 姓名：_____
名　　中间名　　姓

b. 地址：_____
街道，公寓号码　　城市　　州　　邮政编码

c. 电话：_____ 电子 邮箱：_____

d. 案例编号 *（标在法院公文的右上角）*：_____

e.
- ☐ 在所有出庭日需口译员的一方。
- ☐ 在所有出庭日代表未成年人或残障成年人方提起诉讼或应诉的人士。
- ☐ 在所有出庭日需要口译员的未成年人方或未成年被害者的父母/法定监护人。
- ☐ 在所有出庭日需要口译员的残障成年人方的父母/法定监护人。
- ☐ 在以下日期作证的证人：　出庭日期和时间：_____
- ☐ 在以下日期出庭的受害者：　出庭日期和时间：_____
- ☐ 在以下日期出庭的陪审员（仅限手语）：　出庭日期和时间：_____
- ☐ 在以下日期出庭的旁观者（仅限手语）：　出庭日期和时间：_____

2. *口*

a. 姓名：_____
名　　中间名　　姓

b. 地址：_____
街道，公寓号码　　城市　　州　　邮政编码

c. 电话：_____ 电子 邮箱：_____

3. 所需语言： *（选择一种）*

☐ 西班牙语	☐ 丁卡语	☐ 基隆迪语	☐ 俄语
☐ 阿尔巴尼亚语	☐ 菲律宾语	☐ 韩语	☐ 塞尔维亚-克罗地亚语
☐ 美式手语	☐ 法语	☐ 库纳马语	☐ 索马里语
☐ 姆哈拉语	☐ 德语	☐ 老挝语	☐ 斯瓦希里语
☐ 阿拉伯语	☐ 希腊语	☐ 立陶宛语	☐ 他加禄语
☐ 亚美尼亚语	☐ 古吉拉特语	☐ 马其顿语	☐ 泰卢固语
☐ 亚述语	☐ 海地克里奥尔语	☐ 蒙古语	☐ 泰语
☐ 波斯尼亚语	☐ 印地语	☐ 尼泊尔语	☐ 提格里尼亚语
☐ 保加利亚语	☐ 匈牙利语	☐ 波斯语	☐ 土耳其语
☐ 缅甸语	☐ 印度尼西亚语	☐ 波兰语	☐ 乌克兰语
☐ 中文-普通话	☐ 意大利语	☐ 葡萄牙语	☐ 乌尔都语
☐ 中文-广东话	☐ 日语	☐ 旁遮普语	☐ 越南语
☐ 捷克语	☐ 克伦语	☐ 罗马尼亚语	☐ 约鲁巴语

☐ 其他：_____

_____ /s/ _____
日期　　您的签名　　用大写字母填写您的姓名

将本表格交给传译人员服务办公室或交给法官或法院/书记员。

仅供参考