FIRST JUDICIAL DISTRICT OF PENNSYLVANIA

ឌីស្ត្រីកយុត្តិធម៌ដំបូងផេនស៊ីលវ៉ានៀ

INTERPRETER REQUEST FORM

ទម្រង់ស្នើសុំអ្នកបកប្រែភាសា

YOU HAVE A RIGHT TO HAVE AN INTERPRETER PRESENT AT YOUR HEARING.

អ្នកមានសិទ្ធិឱ្យអ្នកបកប្រែភាសាមានវត្តមាន នៅសវនាការរបស់អ្នក ។

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

☐ **បាទ-ចាស** ខ្ញុំចង់ឱ្យអ្នកបកប្រែភាសាមានវត្តមាននៅកាលបរិច្ឆេទ នៃសវនាការខាងក្រោម ។

Language Requested: _____

ភាសាដែលស្នើសុំ: _____

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

ខ្វះចសោតវិញ្ញាណ (សញ្ញា): _____
ភាសា (ប្រសិនបើមាន)

Name: _____

ឈ្មោះចុងចោទ: _____

Citation Number: _____

លេខដីកា: _____

Hearing Date: _____

កាលបរិច្ឆេទនៃសវនាការ:_____

_____ _____
Defendant **Date**

_____ _____
ចុងចោទ **កាលបរិច្ឆេទ**

Please email this form to: Roseann.DiPrimio@courts.phila.gov

CAMBODIAN 2013