

محكمة إينوي العليا
الأمريكيون ذوو الإعاقات
نموذج شكاوى

التاريخ: _____

اسم مقدم الشكاوى: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف بالنهار: _____ البريد الإلكتروني: _____

نوع التجهيز المطلوب: _____

نوع المخالفة المزعومة (حدّد من فضلك): _____

الرجاء إرسال نسخة من نموذج الشكاوي الذي تم إستكماله بالبريد العادي إلى:

**Court Disability Coordinator
Office of the Supreme Court Clerk
200 East Capitol Avenue
Springfield, IL 62701**

أو بالبريد الإلكتروني: ADACoordinator@IllinoisCourt.gov

هاتف: (217) 782-2035
هاتف نصي (TDD): (217) 524-8132

التوقيع: _____

اكتب الاسم: _____

التاريخ: _____

مستند (C)