

محكمة إينوي العليا
طلب تجهيزات بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقات
(يجب أن يبقى الطلب سرىا)

التاريخ: _____

برجاء كتابة البيانات:

اسم الشخص مقدم طلب التجهيزات: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف بالنهار: _____ البريد الإلكتروني: _____

نوع التجهيز المطلوب (حدّد من فضلك): _____

التاريخ الذي يلزم فيه الحصول على التجهيز: _____

المكان الذي يلزم فيه الحصول على التجهيز: _____

الرجاء إرسال نسخة من النموذج المكتمل بالبريد العادي إلى:

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

أو بالبريد الإلكتروني: ADACoordinator@IllinoisCourts.gov

هاتف: (217) 782-2035

هاتف نصي (TDD): (217) 524-8132

الرجاء التوقيع للتأكيد على المعلومات السابقة: _____

الرجاء كتابة الاسم: _____

لاستخدام المكتب فقط (Office Use Only):

Accommodation: _____ granted: _____ denied: _____

Requestor notified on: _____ via: _____

Type of accommodation: _____

Comments: _____

مستند (B)