

伊利諾州最高法院
美國殘障人投訴表

日期：_____

投訴人姓名：_____

地址：_____

日間電話號碼：_____ 電子郵件：_____

要求提供的便利設施類型：_____

指稱違規行為描述（請具體說明）：_____

請將一份填妥的投訴表副本寄至：

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

或用電子郵件發送至：ADACoordinator@IllinoisCourts.gov

電話：(217) 782-2035

TDD：(217) 524-8132

簽名：_____

工整填寫姓名：_____

日期：_____

附錄 C