

伊利諾州最高法院
根據《美國殘障人法案》提出便利設施申請
(保密申請)

日期：_____

請工整填寫：

要求提供便利設施人士的姓名：_____

地址：_____

日間電話號碼：_____ 電子郵件：_____

要求提供的便利設施類型 (請具體說明)：_____

需要提供便利設施的日期：_____

需要提供便利設施的地點：_____

請將一份填妥的表格副本寄至：

**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

請簽名，確認上述資訊：_____

請工整填寫姓名：_____

僅限辦公室人員填寫 (Office Use Only)：

Accommodation: _____ granted: _____ denied: _____

Requestor notified on: _____ via: _____

Type of accommodation: _____

Comments: _____

附錄 B