

**Formularz skargi Sądu Najwyższego stanu Illinois  
w związku z ustawą o prawach obywateli  
amerykańskich z niepełnosprawnościami**

Data: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej skargę: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Nr telefonu w ciągu dnia: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rodzaj wymaganych środków dostosowawczych: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Opis zarzucanego naruszenia (proszę szczegółowo opisać): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Proszę wysłać kopię wypełnionego formularza skargi pocztą na adres:

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

**lub drogą e-mailową na adres: [ADACoordinator@IllinoisCourts.gov](mailto:ADACoordinator@IllinoisCourts.gov)**

**Telefon: (217) 782-2035**

**TDD (dla osób z upośledzeniem słuchu): (217) 524-8132**

\_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

Nazwisko pismem drukowanym: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**ZALĄCZNIK C**