

**Sąd Najwyższy Stanu Illinois**  
**Wniosek o środki dostosowawcze na podstawie ustawy o prawach**  
**obywateli amerykańskich z niepełnosprawnościami**  
**(WNIOSEK POZOSTANIE POUFNY)**

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

Wypełnić pismem drukowanym:

Imię i nazwisko osoby składającej wniosek o środki dostosowawcze: \_\_\_\_\_

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

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

Rodzaj wymaganych środków dostosowawczych (proszę szczegółowo opisać): \_\_\_\_\_

Data, kiedy środki dostosowawcze będą potrzebne: \_\_\_\_\_

Miejsce, w którym środki dostosowawcze będą potrzebne: \_\_\_\_\_

Proszę wysłać kopię wypełnionego formularza 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**

Proszę podpisać w celu potwierdzenia powyższych informacji: \_\_\_\_\_

Wpisać nazwisko pismem drukowanym: \_\_\_\_\_

**Tylko do użytku sądowego (Office Use Only):**

Accommodation: \_\_\_\_\_ granted: \_\_\_\_\_ denied: \_\_\_\_\_

Requestor notified on: \_\_\_\_\_ via: \_\_\_\_\_

Type of accommodation: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

**ZAŁĄCZNIK B**