

**Верховный суд штата Иллинойс
Закон «Об американцах-инвалидах»
Форма жалобы**

Дата: _____

Имя подателя жалобы: _____

Адрес: _____

Номер телефона для связи в течение дня: _____ Электронная почта: _____

Виды требуемых особых условий: _____

Описание вменяемого нарушения (просим дать конкретное описание): _____

Просим отправить заполненный экземпляр формы по почте в адрес:

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

или по электронной почте: ADACoordinator@IllinoisCourts.gov

Телефон: (217) 782-2035

Для лиц с нарушениями слуха (TDD): (217) 524-8132

Подпись: _____

Расшифровка подписи печатными буквами: _____

Дата: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ «С»