

**Corte Suprema de Illinois
Formulario de quejas bajo
la Ley de Norteamericanos
con Discapacidades**

Fecha: _____

Nombre del reclamante: _____

Dirección: _____

Número de teléfono de día: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Tipo de modificación solicitada: _____

Descripción de la contravención alegada (sea específico): _____

Envíe una copia del formulario de quejas completado por correo a:

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

o por correo electrónico a: ADACoordinator@IllinoisCourts.gov

Teléfono: (217) 782-2035

TDD: (217) 524-8132

Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha: _____

ANEXO C