

Corte Suprema de Illinois
Solicitud de modificación bajo la Ley de Norteamericanos con Discapacidades
(LA SOLICITUD PERMANECERÁ CONFIDENCIAL)

Fecha: _____

Escriba en letra de molde:

Nombre de la persona que solicita la modificación: _____

Dirección: _____

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

Tipo de modificación solicitada (sea específico): _____

Fecha en que se necesita la modificación: _____

Lugar donde se necesita la modificación: _____

Envíe una copia del formulario 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

Firme para verificar la información anterior: _____

Nombre en letra de molde: _____

Para uso de la oficina solamente (Office Use Only):

Accommodation: _____ granted: _____ denied: _____

Requestor notified on: _____ via: _____

Type of accommodation: _____

Comments: _____

ANEXO B