WNIOSEK OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ O UDOGODNIENIE

JD-ES-264 Rev. 4-19

STAN CONNECTICUT
ODDZIAŁ SĄDOWY
www.jud.ct.gov

Instrukcje:
Prosimy nie składać tego formularza drogą elektroniczną (za pomocą E-Services). Formularze złożone drogą elektroniczną mogą stać się częścią akt do wglądu publicznego. *Wypełnij wszystkie części formularza. Wypełniony formularz wyślij do osoby kontaktowej ds. Ustawy o Niepełnosprawnych (ADA), w sądzie w którym sprawa będzie rozpatrywana. Dodatkowe dokumenty mogą zostać dołączone, jeżeli jest to konieczne.*

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o udogodnienie	Numer telefonu	Data(-y) kiedy udogodnienie to będzie potrzebne
Adres (*numer, ulica, nr. mieszkania, miejscowość, kod pocztowy)*	Nazwa sprawy lub sygnatura akt *(jeżeli znana)*	
Lokalizacja, w której udogodnienie będzie potrzebne	Adres e-mailowy *(nieobowiązkowo)*	

Osoba jest
☐ Ławnikiem ☐ Oskarżonym ☐ Powodem ☐ Świadkiem ☐ Kimś innym *(wyjaśnij)*: _____

Rodzaj sprawy
☐ Cywilna ☐ Karna ☐ Rodzinna ☐ Dot. osoby młodocianej ☐ Inna *(wyjaśnij)*: _____

I. Opisz rodzaj niepełnosprawności która sprawia, że udogodnienie jest konieczne:

II. Opisz wpływ tej niepełnosprawności na zasadniczą czynność życiową:

III. Zasugeruj racjonalne niezbędne udogodnienie:

IV. Specjalne prośby lub dodatkowe uwagi:

Podpis	Data

Powiadomienie o ADA
Oddział Sądowy Stanu Connecticut działa zgodnie z Ustawą o Niepełnosprawnych (ADA). Jeżeli potrzebujesz racjonalnych udogodnień, w ramach ustawy ADA, skontaktuj się z sekretarzem sądowym lub osobą na liście kontaktów ds. ADA na stronie https://jud.ct.gov/ADA/towns.htm.

Nie wypełniaj niniejszego formularza. Użyj wyłącznie oficjalną wersję w języku angielskim.
Niniejszy formularz służy jako pomoc przy wypełnianiu wersji w języku angielskim.

☐ Wniosek o udogodnienie został **Rozpatrzony Przychylnie.**

☐ Wniosek o udogodnienie został **Rozpatrzony Przychylnie, i oferuje następujące alternatywne udogodnienie.**

_____

_____

_____

_____

☐ Wniosek o udogodnienie został **w części Rozpatrzony Przychylnie, a w części odrzucony.**

_____

_____

_____

_____

☐ Wniosek o udogodnienie **został Odrzucony.**

- ☐ Wnioskodawca nie jest kwalifikującą się osobą niepełnosprawną.
- ☐ Żądana modyfikacja spowodowałaby fundamentalną zmianę w programie lub usłudze
- ☐ Żądana modyfikacja stanowiłaby nieuzasadnione obciążenie finansowe lub administracyjne
- ☐ Inny powód (wyjaśnij):

_____

_____

_____

_____

☐ Wnioskodawca został poinformowany o możliwości złożenia skargi/ zażalenia.

☐ Wnioskodawca został poinformowany o możliwości ubiegania się o inną ulgę w agencji stanowej lub federalnej.

Koordynator lub Osoba Wyznaczona przez Wydział Ustawy o Niepełnosprawnych **Podpis jest konieczny w przypadku odrzucenia**	Data

Nie wypełniaj niniejszego formularza. Użyj wyłącznie oficjalną wersję w języku angielskim.
Niniejszy formularz służy jako pomoc przy wypełnianiu wersji w języku angielskim.