

**ZAŻALENIE/SKARGA ZŁOŻONA W OPARCIU  
O USTAWĘ O NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

JD-ES-263 Rev. 8-20  
28 CFR § 35.107 (B)

STAN CONNECTICUT  
**SĄD WYŻSZY**  
www.jud.ct.gov



**Instrukcje**

Złóż niniejszy formularz u Dyrektora Wydziału Kadr, (Director, Human Resource Management Unit, 90 Washington Street, Hartford, Connecticut 06106, 860-706-5280) nie później niż dziesięć (10) dni po rzekomym czynie dyskryminacyjnym lub decyzji. Alternatywne sposoby składania zażalenia/skargi, takie jak, osobista rozmowa lub nagranie skargi, zostaną udostępnione osobie niepełnosprawnej na życzenie. W razie konieczności, dołącz dodatkowe dokumenty lub kartkę(-i).

**Aby uzyskać informacje na temat udogodnień w ramach ADA, skontaktuj się z sekretariatem sądowym lub wejdź na stronę: [www.jud.ct.gov/ADA](http://www.jud.ct.gov/ADA).**

Imię i nazwisko osoby wnoszącej skargę	Telefon	Adres e-mail (nieobowiązkowo)
--	---------	-------------------------------

Adres

Opisz rzekomy dyskryminacyjny czyn lub decyzję: (łącznie z datami, miejscami, imionami świadków i ich informacjami kontaktowymi - w razie konieczności, załącz dodatkową stronę(-y)).

.....  
.....  
.....

O jaką metodę zaradczą lub rozwiązanie prosisz?

.....  
.....  
.....

Podpisano (Podpis osoby wnoszącej skargę)	Data podpisu
---	--------------

**DO WYŁĄCZNEGO UŻYTKU SĄDU**

- Skarga jest odrzucona.
- Zaproponowano poniższe rozwiązanie:  
.....  
.....  
.....
- Sprawa jest zakończona.
- Sprawa nie jest zakończona.
- Wnioskodawcę poinformowano o federalnych i stanowych agencjach, które są do dyspozycji do dalszego prowadzenia sprawy.

Dodatkowe Uwagi:  
.....  
.....  
.....

Dyrektor Wydziału Kadr, lub Osoba przez Niego Wyznaczona

▶ \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_