

**REQUERIMENTO PARA ADAPTAÇÕES  
PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

JD-ES-264PT Rev. 4-19

ESTADO DE CONNECTICUT

**PODER JUDICIÁRIO**

www.jud.ct.gov



**Instruções:**

**Favor não enviar este formulário eletronicamente via E-Services. Formulários eletrônicos poderão tornar-se parte do arquivo público.**  
Preencha todas as seções deste formulário. Envie o formulário preenchido para a pessoa de contato da Lei para Americanos com Deficiência [Americans with Disabilities Act - ADA] no fórum onde a causa será apreciada. Se necessário, documentos adicionais poderão ser anexados.

Nome da pessoa requerendo a adaptação	Número de telefone	Data(s) em que a adaptação será necessária
Endereço (número, rua, município e código postal)	Nome ou número do processo (se conhecido)	
Local onde a adaptação será necessária	Endereço de e-mail (opcional)	

A pessoa é

Jurado  Réu  Autor da ação  Testemunha  Outros (especificar): \_\_\_\_\_

Processo da Vara

Cível  Criminal  De Família  Da Infância e Juventude  Outros (especificar): \_\_\_\_\_

I. Descreva a natureza da deficiência que exige a adaptação:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

II. Descreva como a deficiência afeta uma atividade principal da sua vida:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

III. Proponha a adaptação razoável necessária:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IV. Pedidos especiais ou comentários adicionais:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura

Data

**COMUNICADO SOBRE A ADA**

O Poder Judiciário do Estado de Connecticut cumpre com a Lei para Americanos com Deficiências (ADA - na sigla em inglês). Se necessitar de adaptações razoáveis em cumprimento com a ADA, entre em contato com um funcionário da secretaria do fórum ou uma pessoa de contato relacionada na página da web <https://jud.ct.gov/ADA/towns.htm>

O requerimento para adaptação é **Deferido**.

O requerimento para adaptação é **Deferido com a seguinte adaptação alternativa:**

---

---

---

O requerimento para adaptação é **Deferido em parte, Indeferido em parte.**

---

---

---

O requerimento para adaptação é **Indeferido**.

- O requerente não se enquadra nas categorias de pessoas com deficiência
- A adaptação requerida causaria uma alteração fundamental de um programa ou serviço
- A adaptação requerida acarretaria um ônus financeiro ou administrativo indevido
- Outros (especificar):

---

---

---

O requerente foi informado sobre a opção de protocolar uma queixa / reclamação.

O requerente foi informado sobre a opção de buscar outra providência de agência estatal ou federal.

Coordenador ou Representante da Divisão da Lei para Americanos com Deficiência  
\*\*Assinatura exigida em caso de indeferimento\*\*

Data

*Não preencha este formulário. Utilize-o como referência para preencher a versão oficial do formulário em inglês.*