SKARGA (SĄD NAJWYŻSZY LUB APELACYJNY) ZŁOŻONA ZGODNIE Z USTAWĄ O NIEPEŁNOSPRAWNYCH
JD-ES-280 New 5-11

STAN CONNECTICUT
SĄD WYŻSZY
www.jud.ct.gov

Instrukcje

Złóż niniejszy formularz u Naczelnego Funkcjonariusza Administracyjnego (Chief Administrative Officer), Supreme Court Building, 231 Capitol Avenue, Hartford, Connecticut, 06106 (860) 757-2145, nie później niż dziesięć (10) dni po czynie lub decyzji, której dotyczy skarga. W razie potrzeby dołącz dodatkowe dokumenty.

Imię i nazwisko osoby składającej zażalenie	Telefon

Adres *(miejscowość)* *(stan)* *(kod pocztowy)*	Adres e-mailowy *(nieobowiązkowo)*

Opisz rzekomy czyn lub decyzję dyskryminacyjną *(łącznie z datami, miejscami, imionami świadków i ich danymi kontaktowymi - załącz dodatkowe strony, jeżeli jest to konieczne).*

Metoda zaradcza lub rozwiązanie

Podpis wnioskodawcy *(osoby wnoszącej skargę)*	Data podpisu

☐ Zażalenie jest odrzucone.

☐ Zaproponowano następujące rozwiązanie, i sprawa została zakończona: _____

☐ Zaproponowano wyżej wymienione rozwiązanie, lecz sprawa nie została zakończona.

☐ Wnioskodawcę poinformowano o dostępnych federalnych i stanowych agencjach, jeżeli chce prowadzić sprawę dalej.

Dodatkowe Uwagi:

Od: _____ Stanowisko: _____ Data: _____

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 *www.jud.ct.gov/ADA/.*

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