

**SKARGA DOT. DOSTĘPU DO
USŁUG JĘZYKOWYCH**

JD-ES-353P New 5-23

Aby uzyskać informacje na temat
udogodnień w ramach ADA, skontaktuj
się ze Scentralizowanym Biurem ds.
ADA pod numerem (860) 706-5310 lub
odwiedź stronę: www.jud.ct.gov/ADA/

ODDZIAŁ SĄDOWY
STANU CONNECTICUT
SĄD PIERWSZEJ INSTANCJI
www.jud.ct.gov



Instrukcje

Po wypełnieniu wyślij niniejszy formularz drogą e-mail na adres: LEP@jud.ct.gov lub drogą pocztową na adres: Interpreter and Translator Services, Superior Court Operations Division, 90 Washington Street, Hartford, CT 06106. Po otrzymaniu niniejszej skargi przez Oddział Sądowy, Funkcjonariusz ds. Dostępu do Usług Językowych (lub wyznaczona osoba) przeprowadzi dochodzenie.

Skargę należy złożyć jak najszybciej, najlepiej w ciągu trzydziestu (30) dni kalendarzowych od chwili, gdy skarżący(-a) dowie się o domniemanym naruszeniu. Wyjaśnij jak najdokładniej, co się stało. Podaj w jaki sposób, kiedy, gdzie i dlaczego uważasz, że nie zapewniono Ci odpowiedniej usługi lub doświadczyłeś(-aś) dyskryminacji. Jeśli możliwe, podaj lokalizację, nazwiska i dane kontaktowe jakichkolwiek świadków i innych osób zaangażowanych w domniemane naruszenie. (W razie potrzeby możesz dołączyć dodatkowe kartki).

Nie musisz korzystać z tego formularza; do złożenia skargi wystarczy list zawierający te same informacje. Jeżeli potrzebujesz pomocy w wypełnieniu niniejszego formularza, prosimy o kontakt z Koordynatorem ds. LEP pod numerem 860-706-5310.

Imię i nazwisko osoby wnoszącej skargę	Adres e-mail	Numer telefon
--	--------------	---------------

Adres Korespondencyjny

Data rzekomego naruszenia	Godzina rzekomego naruszenia	Lokalizacja rzekomego naruszenia
---------------------------	------------------------------	----------------------------------

Opisz rzekome naruszenie

Imię(-ona) i nazwisko(-a) oraz dane kontaktowe związanych ze zdarzeniem osób lub świadków

Podpis osoby wnoszącej skargę (Wymagane)	Imię i nazwisko	Data podpisu
--	-----------------	--------------