

**COCHISE COUNTY SUPERIOR COURT
ADA GRIEVANCE FORM**

*El Tribunal Superior de Condado de Cochise
Formulario de quejas por la ley para estadounidenses con
discapacidades - ADA por sus siglas en inglés*

Complainant Name <i>Nombre del quejoso</i>		Date <i>Fecha</i>	
Address <i>Dirección</i>			
City <i>Ciudad</i>		State <i>Estado</i>	ZipCode <i>Código Postal</i>
Home Phone <i>Teléfono de casa</i>		Alternate Phone <i>Teléfono alternativo</i>	

PLEASE FILL OUT THE DESCRIPTION BOX BELOW OR IF YOU REQUIRE ALTERNATIVE MEANS OF FILING, PLEASE CHECK THE BOX BELOW.
Favor de llenar el cuadro de descripción a continuación o si necesita medios alternativos para entregar, favor de marcar el cuadro abajo.

Description of the alleged violation (please be specific and include all necessary information such as accommodation denied, date and time of incident, name and phone number of any court employee you had interaction with, name and phone number of any witnesses, etc.) *Descripción de la supuesta transgresión (favor de especificar e incluir toda la información necesaria, como la adecuación negada, fecha y hora del incidente, nombre y número de teléfono de cualquier personal del tribunal con quien interactuó, nombre y número de teléfono de algún testigo, etc.)*

I require alternative means of filing my complaint. / Necesito medios alternativos para entregar la queja.

***Please contact me at one of the phone numbers listed above to make arrangements.
Favor de comunicarse conmigo a uno de los teléfonos anteriores, para hacer arreglos.***

Mail or email this form to / Enviar por correo o correo electrónico a:

**Cochise County Superior Court
Court Administration
P.O. Box 204, Bisbee, AZ 85603
(520) 432-8500
Email: courtservices@cochise.az.gov**

Form should be received no later than 60 calendar days after the alleged violation.

El formulario debe recibirse a más tardar 60 días calendario después de la supuesta transgresión.