

Requests for accommodation should be submitted to the court not less than thirty (30) days before the proceeding for which the accommodation is requested. Specific case-related questions (e.g., postponements) should not be made on this form.
 Las solicitudes para efectuar adaptaciones deben presentarse ante el tribunal no menos de treinta (30) días antes del procedimiento para el cual se solicita la adaptación. En este formulario no deben hacerse preguntas específicas relacionadas con el caso (por ejemplo, aplazamientos).

Los formularios tienen formato bilingüe para su conveniencia, pero deben llenarse y presentarse ante el tribunal en idioma inglés



- COURT OF APPEALS COURT OF SPECIAL APPEALS
 TRIBUNAL DE APELACIONES TRIBUNAL DE APELACIONES ESPECIALES
 CIRCUIT COURT DISTRICT COURT OF MARYLAND FOR
 TRIBUNAL DE CIRCUITO TRIBUNAL DE DISTRITO DE MARYLAND DE

City/County (Ciudad/Condado) _____

Located at (Ubicado en) _____

Court Address (Dirección del tribunal) _____

STATE OF MARYLAND
 ESTADO DE MARYLAND
 or (o)

Case No. _____
 (Número de caso)

Plaintiff/Petitioner (Demandante/Apelante) _____

vs. (contra)

Defendant/Respondent (Demandado/Apelado) _____

REQUEST FOR ACCOMMODATION BY PERSONS WITH DISABILITIES
SOLICITUD DE PERSONAS CON DISCAPACIDADES PARA EFECTUAR ADAPTACIONES

Requests for accommodation should be submitted to the court not less than thirty (30) days before the proceeding for which the accommodation is requested.
 Las solicitudes para efectuar adaptaciones deben presentarse ante el tribunal no menos de treinta (30) días antes del procedimiento para el cual se solicita la adaptación.

Name of Applicant:
 Nombre del Solicitante: _____

- Applicant is (El solicitante es): Party (Parte) Witness (Testigo) Juror (Jurado) Attorney (Abogado)
 Victim (Víctima) Family Member or Guardian of a Victim (Miembro de la familia o el tutor de una víctima)
 Other (Otro) _____

Applicant requests accommodation under Americans with Disabilities Act (ADA) as follows:
 El solicitante pide que se efectúe una adaptación en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de la siguiente manera:

- Type of court proceeding (Tipo de procedimiento judicial):
 Criminal (Penal) Civil (Civil) Traffic (Tránsito) Juvenile (Menores)
 Other (Otro) _____
- Hearing/Trial date (Fecha de la audiencia/juicio): _____ Time (Hora): _____
- Nature of disability related impairment (specify):
 Naturaleza del impedimento relacionado con la discapacidad (indique en detalle): _____
- Type of accommodation(s) requested. Be specific:
 Tipo de adaptación (indique detalles; la lista de ejemplos de adaptaciones se puede pedir en la oficina del secretario): _____

[Note - If requesting a **sign language interpreter**, specify type: American Sign Language interpreter (ASL), Certified Deaf Interpreter (CDI), or Communication Access Real Time Translation (CART). If requesting a **spoken language interpreter**, please use form CC-DC 41.]

[Nota: Si solicita un intérprete de lenguaje de señas, especifique el tipo: intérprete de lenguaje de señas americano (ASL), intérprete certificado de sordos (CDI) o traducción en tiempo real para el acceso a la comunicación (CART). Si solicita un intérprete de lenguaje hablado, utilice el formulario CC-DC 41.]

- Please provide any further information that may assist the court in providing a reasonable accommodation (specify):
 Por favor indique otra información adicional que pueda asistir al tribunal a ofrecer la adaptación razonable (indique en detalle): _____

I request that this information be kept confidential to the extent allowed by law.
 Solicito que esta información se mantenga confidencial hasta el punto permitido por la ley.

STATE OF MARYLAND
ESTADO DE MARYLAND
OR (o)

Case No. _____
(Número de caso)

----- VS. -----
Plaintiff/Petitioner (Demandante/Apelante) (contra) Defendant/Respondent (Demandado/Apelado)

I certify that to the best of my knowledge this information is true and correct. I agree to provide medical documentation if required by the court.

Certifico que, a mi leal saber y entender, esta información es verdadera y correcta. Me comprometo a presentar documentación médica si así lo exigiera el tribunal.

Date (Fecha) Signature of Applicant/Applicant's Representative (Firma del Solicitante/Representante del Solicitante)

Applicant/Applicant's Representative's Address (Dirección del Solicitante/Representante del Solicitante) Telephone No. (Teléfono)

The clerk's office and the ADA Coordinator are available to provide further assistance.
La oficina del secretario y el Coordinador ADA están a su disposición para brindarle más asistencia.

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> The request for accommodation is GRANTED; or
Se OTORGA la solicitud para efectuar adaptaciones; o | <input type="checkbox"/> The request for accommodation is DENIED.
Se RECHAZA la solicitud para efectuar adaptaciones. |
| <input type="checkbox"/> Alternate accommodation(s) GRANTED (specify):
Se OTORGA adaptación alternativa (indicar en detalle):

----- | <input type="checkbox"/> Applicant does not qualify under the ADA.
El solicitante no reúne los requisitos de la ley ADA. |
| | <input type="checkbox"/> It fundamentally alters the nature of the service program or activity as defined by the ADA.
Altera fundamentalmente la naturaleza del programa del servicio o actividad tal como se define en la ley ADA. |
| | <input type="checkbox"/> It creates an undue burden on the court as defined by the ADA.
Crea una carga indebida para el tribunal tal como se define en la ley ADA. |

Date (Fecha) Judge/Administrative Official (Juez/Funcionario administrativo)

If you disagree with this decision, you can file a Grievance. (Form CC-DC 50 is available for this purpose.)
Si no está de acuerdo con esta decisión, puede presentar una Queja. (Se ofrece el formulario CC-DC 50 para este fin.)