

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).



SUPREME COURT OF MARYLAND APPELLATE COURT OF MARYLAND

CORTE SUPREMA DE MARYLAND CORTE DE APELACIONES DE MARYLAND

CIRCUIT COURT DISTRICT COURT OF MARYLAND FOR _____

TRIBUNAL DE CIRCUITO TRIBUNAL DE DISTRITO DE MARYLAND DE _____

City/County
Ciudad/condado

Located at _____ Telephone _____

Ubicado en _____ Teléfono _____

Court Address
Dirección del tribunal

STATE OF MARYLAND
ESTADO DE MARYLAND

Case No. _____
Número de caso _____

or
o bien

VS.
CONTRA

Plaintiff/Petitioner
Demandante/Solicitante

Defendant/Respondent
Demandado/Peticionado

REQUEST FOR ACCOMMODATION FOR PERSON WITH DISABILITY
SOLICITUD DE ADAPTACIONES PARA PERSONA CON DISCAPACIDAD

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 person needing accommodation: _____

Nombre de la persona que necesita la adaptación: _____

Name of person requesting accommodation (if different person): _____

Nombre de la persona que solicita la adaptación (si fuera otra): _____

Person needing accommodation is: Party Witness Juror Prospective Juror Attorney

La persona que necesita la adaptación es: Parte Testigo Jurado Posible jurado Abogado

Victim Victim's Representative Other (*specify*): _____

Víctima Representante de la víctima Otro (*indique*): _____

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:

1. Type of court proceeding:

Tipo de procedimiento judicial:

Criminal Civil Traffic Juvenile Family Other (*specify*): _____

Penal Civil Tránsito Menores Familia Otro (*indique*): _____

2. Hearing/Trial date (if any): _____ Time: _____

Fecha de la audiencia/juicio (si lo hay): _____ Hora: _____

3. Nature of disability or impairment (*specify*): _____

Naturaleza de la discapacidad o impedimento (*indique*): _____

4. Type of accommodation(s) requested. Be specific. _____
Tipo de adaptación exigida. Hágalo de forma específica. _____

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-041.

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-041.

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.

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	_____ Attorney Number Número de abogado
_____ Printed Name Nombre en letra de imprenta		_____ Telephone Number Número de teléfono
_____ Address Dirección		_____ City, State, Zip
_____ Fax	_____ E-mail	
_____ Fax	_____ E-mail	

The clerks'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.