

Sample for Reference Purposes Only. Forms have bilingual format for your convenience, but must be completed and filed with the court in English. **Modelo sólo para fines de referencia. Los formularios tienen formato bilingüe para su conveniencia, pero deben llenarse y presentarse ante el tribunal en idioma inglés.**



**CIRCUIT COURT FOR \_\_\_\_\_, MARYLAND**

**TRIBUNAL DE CIRCUITO DE \_\_\_\_\_, MARYLAND**

City/County  
Ciudad/Condado

Located at \_\_\_\_\_ Case No. \_\_\_\_\_

Ubicado en \_\_\_\_\_ Núm. de caso \_\_\_\_\_

Court Address  
Dirección del tribunal

STATE OF MARYLAND  
ESTADO DE MARYLAND

OR  
O

Appellant/Applicant  
Apelante/Peticionario

vs.  
contra

Appellee/Respondent  
Apelado/Peticionado

Address  
Dirección

Address  
Dirección

City, State, Zip  
Ciudad, estado, código postal

Telephone  
Teléfono

City, State, Zip  
Ciudad, estado, código postal

Telephone  
Teléfono

E-mail  
Correo electrónico

E-mail  
Correo electrónico

**APPLICATION FOR LEAVE TO APPEAL**  
**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL PARA APELAR**  
**(Md. Rule 8-204)**  
**(Regla de Maryland 8-204)**

\_\_\_\_\_, applies for leave to appeal from the judgment or order  
entered in this case on \_\_\_\_\_  
Appellant's /Applicant's name  
Date

\_\_\_\_\_, solicita autorización al tribunal para apelar el fallo u orden  
ingresado/a en este caso el \_\_\_\_\_  
Nombre del Apelante/Peticionario  
Fecha

**ALLEGATIONS OF ERROR**  
**ALEGACIONES DE ERROR**

Give a brief but complete statement of the reasons why the judgment or order should be reversed or modified and specify the errors that you claim the circuit court committed. Include facts to support your claims(s).

Proporcione una declaración breve pero completa de las razones por las cuales debería revocarse o modificarse el fallo o la orden, y especifique los errores que usted afirma que cometió el tribunal de circuito. Incluya hechos que respalden sus afirmaciones.

---

---

---

---

include additional pages if needed  
incluya páginas adicionales si fuera necesario

_____ Date Fecha	
_____ Address Dirección	
_____ City, State, Zip Ciudad, estado, código postal	
_____ Telephone Teléfono	_____ Fax Fax

_____ Signature of Appealing Party/Attorney Firma del apelante/abogado	_____ Attorney Number Número del abogado
_____ Printed Name Nombre en letra imprenta	
_____ E-mail Correo electrónico	

**CERTIFICATE OF SERVICE  
CERTIFICADO DE NOTIFICACIÓN**

I certify that I served a copy of this document upon the following party or parties by  electronic filing  hand delivery  mailing first-class mail, postage prepaid on \_\_\_\_\_ to: \_\_\_\_\_  
Date

Certifico que he entregado una copia de este documento a la(s) siguiente(s) parte(s) mediante presentación electrónica entrega personal en mano correo postal de primera clase, con franqueo prepago el \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_  
Fecha

Attorney General of Maryland  
Criminal Appeals Division, 200 St. Paul Place  
Baltimore MD 21202 or  
Procurador General of Maryland  
Criminal Appeals Division, 200 St. Paul Place  
Baltimore MD 21202 o

_____ Name Nombre
_____ Name Nombre
_____ Date Fecha

_____ Address Dirección
_____ City, State, Zip Ciudad, estado, código postal
_____ Address Dirección
_____ City, State, Zip Ciudad, estado, código postal
_____ Signature of Party Serving Firma de la parte que realiza la entrega