



OKРУЖНОЙ СУД

РАЙОННЫЙ СУД ШТАТА МЭРИЛЕНД ПО _____

City/County
Город/округ

Located at
Находящийся по адресу _____

Case No.
№ дела _____

Court Address
Адрес суда

STATE OF MARYLAND
ШТАТ МЭРИЛЕНД

vs.
против

Defendant
Ответчик

CONFIDENTIAL SUPPLEMENT
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЕ ДОПОЛНЕНИЕ
(Request for Shielding of Information in Criminal Case)
(Просьба об опечатывании сведений в уголовном деле)

Victim Потерпевший(ая) Victim's Representative Представитель потерпевшего Complainant Податель жалобы Witness Свидетель

requests shielding **due to:**

обратился(лась) с просьбой об опечатывании **из-за:**

- threats to safety made by defendant or person(s) on defendant's behalf.
угроз безопасности, исходящих от ответчика или лица (лиц) от имени ответчика.
- act of violence by defendant or person(s) on defendant's behalf.
насильственного действия ответчика или лица (лиц) от имени ответчика.
- a felony act or delinquent act that should be a felony if committed by an adult.
тяжкого преступления или правонарушения, которое должно быть тяжким преступлением, если оно совершено взрослым.
- a domestically related crime under Criminal Procedure § 6-233, or a delinquent act that would be a domestically related crime if committed by an adult.
преступления, связанного с семьей в соответствии со статьей § 6-233 Уголовно-процессуального кодекса, или правонарушения, которое было бы преступлением, связанным с семьей, если оно совершено взрослым.
- Other:
Прочее: _____

Victim/Victim's Representative/Complainant/Witness (Please print.)

Потерпевший/Представитель потерпевшего/Податель жалобы/Свидетель
(печатными буквами)

Address
Адрес

City, State, Zip

Город, штат, почтовый индекс

Telephone Number
Номер телефона

Victim/Victim's Representative/Complainant/Witness (Please print.)

Потерпевший/Представитель потерпевшего/Податель
жалобы/Свидетель (печатными буквами)

Address
Адрес

City, State, Zip

Город, штат, почтовый индекс

Telephone Number
Номер телефона

Victim/Victim's Representative/Complainant/Witness (Please print.)

Потерпевший/Представитель потерпевшего/Податель жалобы/Свидетель
(печатными буквами)

Address
Адрес

City, State, Zip
Город, штат, почтовый индекс

Telephone Number
Номер телефона

Victim/Victim's Representative/Complainant/Witness (Please print.)

Потерпевший/Представитель потерпевшего/Податель
жалобы/Свидетель (печатными буквами)

Address
Адрес

City, State, Zip
Город, штат, почтовый индекс

Telephone Number
Номер телефона

I solemnly affirm that the contents of this document are true to the best of my knowledge, information, and belief.

Я официально подтверждаю, что содержание этого документа верно согласно моим знаниям и убеждениям и на основании имеющейся у меня информации.

Date
Дата

Victim/Victim's Representative/Complainant/Witness Signature
Подпись потерпевшего/Представителя потерпевшего/
Подателя жалобы/Свидетеля

Approved
Утверждено

Denied
Отказано

Shielding Not Required
Опечатывание не истребовано

Date
Дата

Commissioner/Judge ID Number
Судебный распорядитель/Судья Идентификационный номер (ID)

NOTICE: Remote access to the name, address, telephone number, date of birth, e-mail address and place of employment of a victim or non-party witness is blocked. (Md. Rule 16-918)

ПРИМЕЧАНИЕ. Удаленный доступ к имени и фамилии, адресу, номеру телефона, дате рождения, адресу электронной почты и месту работы потерпевшего или свидетеля, не являющегося стороной дела, подлежит блокировке. (Процессуальное правило 16-918 Свода законов штата Мэриленд)