

Sample for Reference Purposes Only. Forms have bilingual format for your convenience, but must be completed and filed with the court in English.



CIRCUIT COURT DISTRICT COURT OF MARYLAND FOR

순회법원 메릴랜드 지방 법원 관할지

City/County
시/카운티

Located at
소재지

Case No.
사건 번호

Court Address
법원 주소

STATE OF MARYLAND
메릴랜드 주

vs.
대

Appellant
항소인

Address
주소

City, State, Zip
시, 주, 우편 번호

Telephone
전화 번호

NOTICE OF APPEAL FOR CRIMINAL MATTERS 형사 사안에 대한 항소 통지

The appellant appeals the decision in this case to the proper appellate court.
항소인은 이 사건에 대한 결정을 관할 항소 법원에 항소합니다.

- The appellant requests the court to waive court costs, because they are unable to afford the expenses as will more fully appear in the attached financial statement and statement of earnings:
항소인은 첨부한 재정 명세서 및 소득 명세서에 더 자세히 나와 있는 대로 비용을 감당할 수 없기 때문에 법원에 비용을 면제해 줄 것을 요청합니다.
- Request for Waiver of Prepaid Costs for Assembling the Record for an Appeal (form CC-DC-091)
항소 기록 수집을 위한 선불 비용 면제 신청서 (양식 CC-DC-091)
- Request for Waiver of Prepaid Appellate Costs (form CC-DC-092)
선불 항소 비용 면제 신청서 (양식 CC-DC-092)

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

본인은 위증죄 처벌 하에서 본인의 지식, 정보, 확신에 근거하여 이 문서의 내용이 사실이라는 것을 엄숙히 선언합니다.

Date 날짜	Signature of Appellant/Appellant's Attorney 항소인/항소인 변호사의 서명	Attorney Number (변호사 번호)
Check if applicable: 해당되는 경우 체크 표시하십시오: I hereby certify that I am an attorney 본인은 다음 소속의 변호사임을 증명합니다 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> with the Public Defender's Office. 국선 변호인실 소속. <input type="checkbox"/> assigned by Legal Aid Bureau, Inc. Legal Aid Bureau 위임. <input type="checkbox"/> assigned by other legal services organization that accepts as clients only those persons meeting the financial eligibility criteria established by the Federal Legal Services Corporation or other appropriate governmental agency. Federal Legal Services Corporation 또는 기타 해당 정부 기관이 정한 재정적 자격 기준을 충족하는 사람만 고객으로 받아들이는 다른 법률 서비스 기관 위임. 	Printed Name 정자체 성명	
	Address 주소	
	City, State, Zip 시, 주, 우편 번호	
	Telephone 전화	Fax 팩스
	E-mail 이메일	
Signature 서명		

CERTIFICATE OF SERVICE
송달 증명서

I certify that I served a copy of this notice upon the following party or parties by hand delivery mailing first-class mail, postage prepaid on _____ to:

Date

본인은 이 통지의 사본을 아래의 당사자(들)에게 직접 제1종 우편, 요금선납으로
에 송달하였음을 증명합니다:

날짜

Name 성명	Address 주소
	City, State, Zip 시, 주, 우편 번호
Name 성명	Address 주소
	City, State, Zip 시, 주, 우편 번호

Date
날짜

Signature of Party Serving
송달하는 당사자 서명