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.

# State of Maryland Judiciary
# Americans with Disabilities Act
# Grievance Form
# Poder Judicial del Estado de Maryland
# Ley de Estadounidenses con Discapacidades
# Formulario de queja

Name (Nombre): _____

Address (Dirección): _____

_____

Phone Number(s) (Teléfono(s)):

Work (Trabajo) _____ Cell (Celular) _____ Home (Casa) _____

Case Number (Número de caso): _____

Please describe the original ADA Accommodation requested and the reason for the request:
Sírvase describir la adaptación original que solicitó según la ley ADA y el motivo:

_____

_____

_____

Please describe the alleged discrimination which denied you the provision of services, activities, programs, or benefits with the Maryland Judiciary:
Describa la supuesta discriminación que le denegó la prestación de servicios, actividades, programas o beneficios con el Poder Judicial de Maryland:

_____

_____

_____

Please provide the location of the Court/Agency where the above described incident took place and the date of the incident:
Indique la localidad del Tribunal/Agencia donde ocurrió el incidente antes descrito y la fecha del incidente:

_____

_____

_____

What would you like to see happen? (¿Qué solución desea usted?) _____

_____

_____

☐ 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.

This form should be submitted to the Fair Practices Department as soon as possible, but no later than **120 calendar days** after the alleged violation.
Este formulario debe presentarse a la Oficina del Departamento de Prácticas Justas, lo antes posible pero no más tarde de los **120 días calendario** después de la supuesta violación.

I certify that to the best of my knowledge this information is true and correct.
Certifico que, a mi leal saber y entender, esta información es verdadera y correcta.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| Type or Print Name<br>Nombre escrito a máquina o en letras de molde | Date<br>Fecha | Signature<br>Firma |

Fair Practices Department
(Oficina del Departamento de Prácticas Justas)
187 Harry S. Truman Parkway, 5th Floor
Annapolis, Maryland 21401
Office (Tel.): 410-260-3679 Maryland Relay: 711
Fax: 410-260-1711
fairpractices@mdcourts.gov