

Sample for Reference Purposes Only. Forms have bilingual format for your convenience, but must be completed and filed with the court in English. Formulaire type pour consultation uniquement. Le format bilingue des formulaires a pour objet de vous faciliter la tâche, mais il faudra remplir et déposer les formulaires en anglais auprès du tribunal.



TRIBUNAL DE CIRCUIT  TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DU MARYLAND À \_\_\_\_\_

City/County  
Ville/Comté

Located at  
Situé à \_\_\_\_\_

Case No.  
Affaire n° \_\_\_\_\_

Court Address  
Adresse du tribunal

STATE OF MARYLAND or  
ÉTAT DU MARYLAND ou

\_\_\_\_\_  
Plaintiff/Complainant  
Demandeur/Plaignant

vs.

c. \_\_\_\_\_  
Defendant/Respondent  
Défendeur/Partie intimée

**REQUEST TO SHIELD MY ADDRESS / TELEPHONE NUMBER  
IN A CRIMINAL CASE RECORD  
DEMANDE VISANT À PROTÉGER MON ADRESSE/NUMÉRO DE TÉLÉPHONE  
DANS UNE AFFAIRE PÉNALE  
(Md. Rule 16-934(h))  
(Règle 16-934(h) du Maryland)**

\_\_\_\_\_  
Victim/Victim's representative/Witness (Please print.)  
Victime/Représentant de la victime/Témoïn (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Victim/Victim's representative/Witness (Please print.)  
Victime/Représentant de la victime/Témoïn (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Address  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Address  
Adresse

\_\_\_\_\_  
City, State, Zip  
Ville, État, Code postal

\_\_\_\_\_  
City, State, Zip  
Ville, État, Code postal

\_\_\_\_\_  
Telephone Number  
Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
Telephone Number  
Numéro de téléphone

I am the  victim  victim's representative  witness in the case above.

Je suis la  victime  le représentant de la victime  le témoin dans l'affaire susvisée.

I am requesting the shielding of the following information:  address  telephone number.

Je demande la protection des informations suivantes :  adresse  numéro de téléphone.

The reason this information should not be disclosed is:

Ces informations ne doivent pas être divulguées pour la raison suivante : \_\_\_\_\_

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

Date

J'atteste avoir transmis une copie de cette demande à la partie ou aux parties suivantes par  courrier postal de première classe, port payé,  remise en mains propres, le \_\_\_\_\_ à :

Date

\_\_\_\_\_  
Name  
Nom

\_\_\_\_\_  
Address  
Adresse

\_\_\_\_\_  
City, State, Zip  
Ville, État, Code postal

Name Nom	Address Adresse	
	City, State, Zip Ville, État, Code postal	
Date Date	Signature of Party Serving/Attorney Signature de la partie Signification/Avocat	CPF ID No. Identifiant CPF n°

**ORDER / APPROVAL**  
**ORDONNANCE/APPROBATION**

ORDERED/APPROVAL, this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
Month Year

by \_\_\_\_\_ that the above request to shield is:  Granted  Denied  Shielding not required.

ORDONNÉ/APPROBATION, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, par \_\_\_\_\_  
mois année

que la demande de protection susvisée est :  accordée  refusée  une protection n'est pas nécessaire.

Date Date	Signature Signature	ID Number N° d'identifiant
--------------	------------------------	-------------------------------

**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 subject to blocking in accordance with Md. Rule 16-918.**

**AVIS : l'accès à distance au nom, à l'adresse, au numéro de téléphone, à la date de naissance, à l'adresse email et au lieu de travail d'une victime ou d'un témoin indépendant est susceptible d'être bloqué conformément à la Règle 16-918 du Maryland.**

**If your request is denied, you have the right to file a Petition to Seal or Otherwise Limit Inspection of a Case Record (form CC-DC-053).**

**Si votre demande est refusée, vous avez le droit de déposer une requête visant à sceller ou limiter la consultation du dossier pour une affaire (formulaire CC-DC-053).**