



TRIBUNAL DE CIRCUIT

TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DU MARYLAND POUR

City/County
Ville/Comté

Located at
Situé au

Case No.
N° de l'affaire

Court Address
Adresse du tribunal

STATE OF MARYLAND
ÉTAT DU MARYLAND

vs.
c.

Defendant
Défendeur

CONFIDENTIAL SUPPLEMENT SUPPLÉMENT CONFIDENTIEL

(Request for Shielding of Information in Criminal Case)

(Demande de protection des informations dans le cadre d'une affaire criminelle)

Victim

La victime

Victim's Representative

Le représentant de la victime

Complainant

Le plaignant

Witness

Le témoin

requests shielding **due to:**

demande la protection des informations **pour les raisons suivantes :**

threats to safety made by defendant or person(s) on defendant's behalf.

menaces à la sécurité faites par le défendeur ou par une ou plusieurs personnes au nom du défendeur.

act of violence by defendant or person(s) on defendant's behalf.

acte de violence commis par le défendeur ou par une ou plusieurs personnes au nom du défendeur.

a felony act or delinquent act that should be a felony if committed by an adult.

acte criminel ou délinquant qui serait un acte délictueux grave s'il était commis par un adulte.

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.

crime familial en vertu de la Procédure pénale § 6-233 ou acte délinquant qui serait un crime familial s'il était commis par un adulte.

Other:

Autre : _____

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

Victime/Représentant de la victime/Plaignant/Témoin (en caractères d'imprimerie)

Address
Adresse

City, State, Zip
Ville, État, Code postal

Telephone Number
Numéro de téléphone

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

Victime/Représentant de la victime/Plaignant/Témoin (en caractères d'imprimerie)

Address
Adresse

City, State, Zip
Ville, État, Code postal

Telephone Number
Numéro de téléphone

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

Victime/Représentant de la victime/Plaignant/Témoin (en caractères d'imprimerie)

Address
Adresse

City, State, Zip
Ville, État, Code postal

Telephone Number
Numéro de téléphone

I solemnly affirm that the contents of this document are true to the best of my knowledge, information, and belief.
Je déclare solennellement que le contenu de ce document est, à ma connaissance et selon les informations dont je dispose et mes convictions, véridique.

Date
Date

Approved
Approuvé

Denied
Refusé

Date
Date

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

Victime/Représentant de la victime/Plaignant/Témoin (en caractères d'imprimerie)

Address
Adresse

City, State, Zip
Ville, État, Code postal

Telephone Number
Numéro de téléphone

Victim/Victim's Representative/Complainant/Witness Signature
Signature de la victime/du représentant de la victime/du plaignant/du témoin

Shielding Not Required
Protection non requise

Commissioner/Judge
Commissaire/Juge

ID Number
Numéro d'identification

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)

NOTE : L'accès à distance au nom, à l'adresse, au numéro de téléphone, à la date de naissance, à l'adresse e-mail et au lieu de travail d'une victime ou d'un témoin n'étant pas partie dans la procédure est bloqué. (Règle du Maryland 16-918)