

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.**



State of Maryland Judiciary
Système judiciaire de l'État du Maryland
Americans with Disabilities Act
Loi en faveur des Américains handicapés (Loi ADA)
Grievance Form
Formulaire de réclamation

Name (Nom):

Address (Adresse):

Phone Number(s) (Numéro(s) de téléphone):

Work (Professionnel) Cell (Portable) Home (Domicile)

Case Number (Numéro de l'affaire):

Please describe the original ADA Accommodation requested and the reason for the request:
(Décrire la disposition spéciale originale demandée dans le cadre de la loi ADA et la raison de la demande :)

.....
.....

Please describe the alleged discrimination which denied you the provision of services, activities, programs, or benefits with the Maryland Judiciary:

(Décrire l'allégation de discrimination et le déni de services, activités, programmes ou avantages dans le cadre du système judiciaire du Maryland :)

.....
.....

Please provide the location of the Court/Agency where the above described incident took place and the date of the incident:

(Préciser quel est le tribunal/l'agence où s'est produit l'incident décrit ci-dessus en indiquant la date de l'incident :)

.....
.....

What would you like to see happen?

(Que souhaitez-vous obtenir ?)

.....
.....

I request that this information be kept confidential to the extent allowed by law.
(Je souhaite que ces informations soient gardées confidentielles, dans les limites permises par la loi.)

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.

(Ce formulaire doit être remis au service d'équité des pratiques (Fair Practices Department) dès que possible, et dans un délai maximum de **120 jours ouvrés** après l'infraction alléguée.)

I certify that to the best of my knowledge this information is true and correct.

(Je certifie qu'à ma connaissance, ces informations sont exactes et correctes.)

.....
Type or Print Name (Nom tapé ou en lettres d'imprimerie)

Date (Date)

Signature (Signature)

Fair Practices Department (Département d'équité des pratiques)
187 Harry S. Truman Parkway, 5th Floor, Annapolis, Maryland 21401
Office (Bureau): 410-260-3679 Maryland Relay: 711
Fax (Fax): 410-260-1711
fairpractices@mdcourts.gov

CC-DC-050BLF (Rev. 09/2019) (TR 09/2019)