

MARK THIS BOX IF THIS FORM CONTAINS RESTRICTED INFORMATION.

Marque esta casilla si este formulario contiene información restringida.



CIRCUIT COURT FOR _____, MARYLAND
City/County

TRIBUNAL DE CIRCUITO DE _____, MARYLAND
Ciudad/Condado

Located at _____ Case No. _____
Court Address

Ubicado en _____ Núm. de caso _____
Dirección del tribunal

Plaintiff
Demandante

Defendant
Demandado

Street Address
Dirección física

vs.
contra

Street Address
Dirección física

City, State, Zip
Ciudad, estado, código postal

Telephone
Teléfono

City, State, Zip
Ciudad, estado, código postal

Telephone
Teléfono

ADDRESS CHANGE REQUEST
SOLICITUD DE CAMBIO DE DIRECCIÓN

If this submission contains Restricted Information (confidential by statute, rule or court order) you must file a Notice Regarding Restricted Information Pursuant to Rule 20-201.1 (form MDJ-008) with this submission, and check the Restricted Information box on this form.

Si esta presentación contiene información restringida (confidencial por estatuto, regla u orden judicial), deberá incluir un Aviso sobre información restringida en virtud de la Regla 20-201.1 (formulario MDJ-008) cuando haga esta presentación y marcar la casilla de información restringida en este formulario.

Name: _____

Nombre: _____

Civil Domestic Criminal Trial/Hearing Date: _____
Civil Doméstico Penal Fecha del juicio o de la audiencia: _____

Please update the record in this case to reflect my correct/new mailing address.

Por favor, actualice el registro en este caso para que refleje mi dirección postal nueva o de forma correcta.

I am the:

Yo soy el:

Plaintiff Defendant Witness Other (Specify): _____
Demandante Demandado Testigo Otro (especifique): _____

My OLD address was: _____

Mi ANTIGUA dirección era: _____

Street Address
Dirección física

Suite/Apartment #
N.º de oficina/apartamento

City
Ciudad

State
Estado

Zip
Código postal

My NEW address is: _____

Mi dirección NUEVA es: _____

Street Address
Dirección física

Suite/Apartment #
N.º de oficina/apartamento

City
Ciudad

State
Estado

Zip
Código postal

Signature
Firma

Date
Fecha

Printed Name
Nombre en letra de imprenta

Telephone
Teléfono

E-mail
Correo electrónico

CERTIFICATE OF SERVICE CERTIFICADO DE NOTIFICACIÓN

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

Certifico que le envié una copia de esta solicitud a las siguientes partes mediante correo postal de primera clase, con franqueo prepago, entrega en mano, el _____ a:

Fecha

Name
Nombre

Address
Dirección

Name
Nombre

Address
Dirección

Date
Fecha

Signature of Party Serving
Firma de la parte que realiza la entrega