

Departamento de Expedientes del Tribunal del Condado de Marion  
Dirección postal: P.O. Box 12869, Salem, OR 97309  
Número de teléfono: (503)588-5101 Número de Fax: (503)373-4360

## Solicitud de grabación de audio

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### ¿Cómo le gustaría recibir la grabación?

Pasar a buscarla       Por correo       Por correo electrónico

*Por favor llene la sección de la dirección si desea que le enviemos la grabación por correo o por correo electrónico.*

Dirección del solicitante: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del solicitante: \_\_\_\_\_

Caso Núm.: \_\_\_\_\_ Nombre del caso: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de la audiencia/juicio (las tarifas se cobran por día): \_\_\_\_\_

Si está solicitando varias audiencias/juicios, ¿las quiere en uno o varios discos? (Ojo, esto no influye en el costo de las grabaciones.)

Varios discos       Un disco

Sala/Juez/ubicación (si lo sabe): \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

*Solo para abogados:*

Matrícula profesional: \_\_\_\_\_

¿Es abogado de oficio?     Sí     No (Debe enviar su pago junto con la solicitud.)

¿Trabaja para la fiscalía, DOJ u otra agencia estatal o del Condado de Marion? Por favor enumere:

\_\_\_\_\_

¿A quién representa en este caso? \_\_\_\_\_

**Pagos con cheque:** por favor envíe un cheque para cubrir el precio de las copias, la certificación y la autenticación, si lo solicita. Si no sabe exactamente cuántas copias hay que hacer, envíe un cheque en blanco pagadero a «*State of Oregon*» y en la línea del memo ponga «*Not to Exceed*» (monto máximo) y un valor que crea que llegue a cubrir el costo de las copias. Por ejemplo «*Not to exceed \$25*» (monto máximo de \$25). El personal del Departamento de Expedientes pondrá el monto exacto y le enviará un recibo junto con sus copias.

**Pagos con tarjeta de crédito:** por favor ponga la siguiente información:

\* *No aceptamos American Express.*

Número de tarjeta de crédito \_\_\_\_\_ Fecha de caducidad \_\_\_\_\_

Código CCV \_\_\_\_\_ Nombre en la tarjeta de crédito \_\_\_\_\_