

The forms are in bilingual format for your convenience, but must be completed and filed with the court in English. Modelo sólo para fines de referencia. Los formularios tienen formato bilingüe para su conveniencia, pero deben llenarse y presentarse ante el tribunal en idioma inglés.



CIRCUIT COURT FOR \_\_\_\_\_, MARYLAND  
TRIBUNAL DE CIRCUITO DE \_\_\_\_\_, MARYLAND

City/County  
Ciudad/Condado

Located at \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_  
Ubicado en \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Court Address  
Dirección del tribunal

In the Matter of  
En lo referente a

Case No. \_\_\_\_\_  
N.º de caso \_\_\_\_\_

Name of Disabled Person  
Nombre de la persona discapacitada

Docket Reference  
Referencia del expediente

**ANNUAL REPORT OF GUARDIAN OF DISABLED PERSON**  
**INFORME ANUAL DEL TUTOR DE LA PERSONA DISCAPACITADA**  
**(Md. Rule 10-206(e))**  
**(Regla de Maryland 10-206(e))**

**NOTE:** Guardians of the person of disabled persons must complete and file this form each year within 60 days of the anniversary of their appointment, or as the court otherwise directs. Attach additional sheets if needed.

**NOTA:** Los tutores de la persona de personas discapacitadas deben completar y presentar este formulario cada año dentro de un plazo de 60 días a partir del aniversario de su nombramiento o según lo indique el tribunal. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

If a section of this form does not apply, write "Not applicable" or "N/A."  
Si una sección de este formulario no corresponde, escriba "No aplica" o "N/A".

**Disabled person's Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Persona discapacitada: Fecha de nac.:** \_\_\_\_\_

**Gender:** \_\_\_\_\_

**Género:** \_\_\_\_\_

**REPORTING PERIOD**  
**PERÍODO DE INFORME**

I/We, \_\_\_\_\_ and (if applicable) \_\_\_\_\_,  
Name of Guardian Name of Guardian 2

Yo/Nosotros, \_\_\_\_\_ y (si corresponde) \_\_\_\_\_,  
Nombre del tutor Nombre del tutor 2

make this annual report for the period of \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_.  
Date Date

hago/hacemos este informe anual correspondiente al período del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.  
Fecha Fecha

**Part I. Information about the disabled person**  
**Parte 1. Información sobre la persona discapacitada**

**A. RESIDENCE AND HOUSING**  
**RESIDENCIA Y VIVIENDA**

**Disabled person's address (where that person lives or is physically present):**  
**Dirección de la persona discapacitada (donde esa persona vive o está físicamente presente):**

\_\_\_\_\_  
Street Address  
Dirección física

\_\_\_\_\_  
City, state, zip  
Ciudad, Estado, Código postal

Select all that apply:

*Seleccione todas las opciones que correspondan:*

This is the disabled person's permanent residence.

*Esta es la residencia permanente de la persona discapacitada.*

This is not the disabled person's permanent residence. The disabled person's permanent residence is: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ .

Street Address

City, state, zip

*Esta no es la residencia permanente de la persona discapacitada. La residencia permanente de la persona discapacitada es: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ .*

Dirección física

Ciudad, Estado, Código Postal

This is a new address (check if the disabled person's address changed since the last annual report or since your appointment as guardian if this is your first report).

*Esta es una nueva dirección (verifique si la dirección de la persona discapacitada cambió desde el último informe anual o desde su nombramiento como tutor si este es su primer informe).*

Explain why the address changed:

*Explique por qué cambió la dirección:*

**Type of housing** (select one):

**Tipo de vivienda** (seleccione una opción):

Own home  Guardian 1's home  Guardian 2's home

*Casa propia Casa del tutor 1 Casa del tutor 2*

Relative's home: \_\_\_\_\_

*Casa del pariente: \_\_\_\_\_*

Name of relative

*Nombre del pariente*

Relationship to disabled person

*Relación con la persona discapacitada*

Hospital or medical facility: \_\_\_\_\_

Name of hospital or facility

*Hospital o instalación médica: \_\_\_\_\_*

Nombre del hospital o de la instalación

Type of facility (select one):  nursing home  assisted living

*Tipo de instalación (seleccione una opción): asilo de ancianos vida asistida*

group home  residential treatment facility

*hogar grupal tratamiento residencial*

other (describe): \_\_\_\_\_

*otro (describa): \_\_\_\_\_*

School: \_\_\_\_\_

Name of school

*Escuela: \_\_\_\_\_*

Nombre de la escuela

Do you plan to change the place where the disabled person lives?  Yes\*  No

*¿Tiene previsto cambiar el lugar donde vive la persona discapacitada? Sí\* No*

If yes, explain why:

*En caso afirmativo, explique por qué:*

**\*You may need permission from the court before you move the disabled person from one location to another (Estates & Trusts, Art., § 13-708).**

**\*Es posible que necesite el permiso del tribunal antes de mudar a la persona discapacitada de un lugar a otro. (Artículo de Patrimonios y Fideicomisos, sección 13-708).**

**B. MEDICAL AND PERSONAL CARE**

**ATENCIÓN MÉDICA Y CUIDADO PERSONAL**

**Conditions.** List significant health or mental health issues the disabled person has (asthma, diabetes, anxiety, etc.):

**Condiciones.** Enumere los problemas de salud general o de salud mental importantes que tiene la persona discapacitada (asma, diabetes, ansiedad, etc.):

<u>Issue(s)</u> <u>Problema(s)</u>	<u>Treatment/treatment plan</u> <u>Tratamiento/Plan de tratamiento</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Hospitalizations.** Was the disabled person hospitalized during the reporting period?  Yes  No

**Hospitalizaciones.** ¿La persona discapacitada fue hospitalizada durante el período del informe?  Sí  No

If yes, explain:

En caso afirmativo, explique:

<u>Date</u> <u>Fecha</u>	<u>Hospital</u> <u>Hospital</u>	<u>Reason</u> <u>Motivo</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Providers.** Which medical professional(s) did the disabled person see during the reporting period?

**Proveedores.** ¿A qué profesional(es) médico(s) vio la persona discapacitada durante el período del informe?

	<u>Name</u> <u>Nombre</u>	<u>City, state</u> <u>Ciudad, Estado</u>	<u>Date(s) seen</u> <u>Fecha en que lo vio</u>
<input type="checkbox"/> Primary care Atención médica primaria	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dentist Dentista	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Eye doctor Oculista	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ear doctor Otorrinolaringólogo	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychiatrist Psiquiatra	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychologist Psicólogo	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Therapist (mental health)	_____	_____	_____

Terapeuta  
(salud mental)

Physical or  
occupational therapist

Terapeuta físico  
u ocupacional

Speech therapist

Terapeuta del habla

Other (describe):

Otro (describa):

**Medications.** List medications the disabled person takes on a regular basis:

**Medicamentos.** Enumere los medicamentos que la persona discapacitada toma habitualmente:

<u>Name</u> <u>Nombre</u>	<u>Purpose</u> <u>Propósito</u>	<u>Dosage/Schedule</u> <u>Dosis/horario</u>

**Personal care.** Are there problems providing meals, clothing, housing, or transportation for the disabled person?  Yes  No

**Cuidado personal.** ¿Hay problemas para suministrar comida, ropa, vivienda o transporte a la persona discapacitada? Sí No

If yes, explain:

En caso afirmativo, explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. SCHOOL AND JOB TRAINING**

**ESCUELA Y CAPACITACIÓN LABORAL**

**School.** Does the disabled person attend school?  Yes  No

**Escuela.** ¿La persona discapacitada asiste a la escuela? Sí No

If yes: \_\_\_\_\_

Name of school

\_\_\_\_\_

City, state, zip

En caso afirmativo: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela

\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal

Is there a care plan or an Individualized Education Program (IEP)?  Yes  No

¿Hay un plan de atención o un Programa de Educación Individualizado (IEP)? Sí No

If yes, did you participate in developing the care plan or IEP?  Yes  No

En caso afirmativo, ¿participó en el desarrollo del plan de atención o IEP? **Sí No**

Do you believe the care plan or IEP is good or appropriate for the disabled person (in that person's best interest)?  Yes  No (explain):

¿Cree usted que el plan de atención o el IEP es bueno o apropiado para la persona discapacitada (en el mejor interés de esa persona)? **Sí No (explique):**

---

---

---

**Job training.** Is the disabled person in a job training program?  Yes  No

**Capacitación laboral.** ¿Está la persona discapacitada en un programa de capacitación laboral? **Sí No**

If yes: \_\_\_\_\_  
Name of program City, state, zip

En caso afirmativo: \_\_\_\_\_  
Nombre del programa Ciudad, Estado, Código Postal

Describe: \_\_\_\_\_

Describa: \_\_\_\_\_

**D. EMPLOYMENT**

**EMPLEO**

Does the disabled person have a job?  Yes  No

¿La persona discapacitada tiene un trabajo? **Sí No**

If yes: \_\_\_\_\_  
Name of employer City, state, zip Hours worked per week

En caso afirmativo: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador Ciudad, Estado, Código Postal Horas trabajadas por semana

Type of job: \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

**E. SOCIAL AND RECREATIONAL ACTIVITIES**

**ACTIVIDADES SOCIALES Y RECREATIVAS**

Describe social or recreational activities the disabled person enjoyed during the reporting period (sports, hobbies, clubs, adult day care, etc.).

Describa las actividades sociales o recreativas que la persona discapacitada disfrutó durante el período del informe (deportes, pasatiempos, clubes, centro de cuidado diurno para adultos, etc.).

---

---

---

---

**F. CONTACTS**

**CONTACTOS**

**Contact with you.** If the disabled person does not live with you, how often did you visit the disabled person during the reporting period?

**Contacto con usted.** Si la persona discapacitada no vive con usted, ¿con qué frecuencia la visitó durante el periodo del informe?

---

---

---

---

Describe your other types of contact with the disabled person:  
Describe sus otros tipos de contacto con la persona discapacitada:

<u>Type</u> <u>Tipo</u>	<u>Frequency</u> <u>Frecuencia</u>
<input type="checkbox"/> Telephone Teléfono	_____
<input type="checkbox"/> Mail or e-mail Correo postal o correo electrónico	_____
<input type="checkbox"/> Other (describe): _____ Otro (describa): _____	_____
	_____
	_____

**Contact with others.** Describe the disabled person's contact with family members during the reporting period.  
**Contacto con otros.** Describa el contacto de la persona discapacitada con sus parientes durante el período del informe.

---

---

---

**Visitation plan.** Is there a formal visitation plan (guidelines for who visits or communicates with the disabled person)?  Yes  No

**Plan de visitas.** ¿Existe un plan formal de visitas (pautas para quiénes visitan a la persona discapacitada o para quienes se comunican con ella)? Sí No

If yes, how is it working?

En caso afirmativo, ¿cómo está funcionando?

---

---

---

## G. DECISION-MAKING

### TOMA DE DECISIONES

Describe any changes in the disabled person's ability to make decisions affecting their health.

Describe los cambios en la capacidad de la persona discapacitada para tomar las decisiones que afectan su salud.

---

---

---

Is the disabled person involved in decisions about their housing, medical care, education, employment, social or recreational activities, etc.? (select one)

¿Participa la persona discapacitada en las decisiones sobre su vivienda, atención médica, educación, empleo, actividades sociales o recreativas, etc.? (seleccione una opción)

Yes. Describe how:

Sí. Describa cómo:

---

---

---

No. Explain why:  
No. Explique por qué:

---

---

**H. COMMUNITY SUPPORT**  
**APOYO COMUNITARIO**

List community organizations currently involved with the disabled person (case or care management, community services, government programs, religious programs, charitable organizations, etc.).

Enumere las organizaciones comunitarias actualmente involucradas con la persona discapacitada (administración de caso o cuidados, servicios comunitarios, programas gubernamentales, programas religiosos, organizaciones caritativas, etc.).

<u>Organization/Provider</u> <u>Organización/Proveedor</u>	<u>Services received</u> <u>Servicios recibidos</u>	<u>City, state</u> <u>Ciudad, Estado</u>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

**Part II. Information about the guardianship**

**Parte 2. Información sobre la tutela**

**A. FUNDS**

**FONDOS**

Did the guardian of the property, if any, provide funds toward the disabled person's support, care, or education?  Yes  No  Not applicable

¿El tutor de los bienes, si lo hubiera, proporcionó fondos para el sustento, el cuidado o la educación de la persona discapacitada? Sí No No aplica

If yes, describe (*Select all that apply*):

En caso afirmativo, describa (*Seleccione todo lo que corresponda*):

- clothing  food  housing  health care (co-pays, insurance, etc.)  
ropa comida vivienda atención médica (copagos, seguro, etc.)
- transportation  education  extracurricular/recreational activities  job training  
transporte educación actividades extracurriculares/recreativas capacitación laboral
- other (describe):  
otro (describa):
- 
- 

**B. HEALTH OF GUARDIAN(S)**

**SALUD DEL (DE LOS) TUTOR(ES)**

**Guardian 1** (*select one*):

**Tutor 1** (*seleccione una opción*):

- I have no serious health problems that affect my ability to serve as guardian.  
No tengo problemas de salud graves que afecten mi capacidad para desempeñarme como tutor.
- I have the following serious health problems that may affect my ability to serve as guardian:

Tengo los siguientes problemas de salud graves que pueden afectar mi capacidad para actuar como tutor:

---

---

---

**Guardian 2 (if any)** *(select one):*

**Tutor 2 (si lo hay)** *(seleccione una opción):*

I have no serious health problems that affect my ability to serve as guardian.

No tengo problemas de salud graves que afecten mi capacidad para desempeñarme como tutor.

I have the following serious health problems that may affect my ability to serve as guardian:

Tengo los siguientes problemas de salud graves que pueden afectar mi capacidad para actuar como tutor:

---

---

---

**C. CONTINUATION OF GUARDIANSHIP**

**CONTINUACIÓN DE LA TUTELA**

This guardianship *(select one):*

Esta tutela *(seleccione una opción):*

should be continued.

debería continuarse.

should not be continued for the following reason(s):

no debería continuarse por los siguientes motivos:

---

---

---

---

---

**D. POWERS OF GUARDIAN(S)**

**FACULTADES DEL (DE LOS) TUTOR(ES)**

My/Our powers as guardian should *(select one):*

Mis/Nuestras facultades como tutor(es) deberían *(seleccione una opción):*

stay the same.

seguir siendo las mismas.

change in the following ways for the following reasons:

cambiarse de las siguientes maneras por los siguientes motivos:

---

---

---

**E. OTHER**

**OTRO**

The court should be aware of the following other matters relating to this guardianship:

El tribunal debería tener en cuenta los siguientes asuntos adicionales, relacionados con esta tutela:

---



---

---

I/we solemnly affirm under the penalties of perjury that the contents of this document are true to the best of my/our knowledge, information, and belief.

Yo/Nosotros declaro/declaramos, bajo pena de perjurio, que el contenido de este documento es verdadero a mi/nuestro leal conocimiento, información y creencia.

---

Date  
Fecha

---

Signature of Guardian 1  
Firma del tutor 1

---

Printed Name  
Nombre en letra de imprenta

---

Street Address  
Dirección física

---

City, state, zip  
Ciudad, Estado, Código postal

---

Telephone Number  
Número de teléfono

---

E-mail  
Correo electrónico

Fax  
Fax

This is a new address since the last report (or since appointment if this is your first report).  
Esta es una nueva dirección desde el último informe (o desde el nombramiento si este es su primer informe).

---

Date  
Fecha

---

Signature of Guardian 2 (if applicable)  
Firma del tutor 2 (si corresponde)

---

Printed Name  
Nombre en letra de imprenta

---

Street Address  
Dirección física

---

City, state, zip  
Ciudad, Estado, Código postal

---

Telephone Number  
Número de teléfono

---

E-mail  
Correo electrónico

Fax  
Fax

This is a new address since the last report (or since appointment if this is your first report).  
Esta es una nueva dirección desde el último informe (o desde el nombramiento si este es su primer informe).