



☐ CIRCUIT ☐ ORPHANS' COURT FOR _____, MARYLAND
순회 고아 법원, 관할지 _____, 메릴랜드

City/County
시/카운티

Located at _____ Telephone _____
소재지 _____ 전화번호 _____

Court Address
법원 주소

Case No. _____
사건 번호 _____

In the Matter of
관련 당사자

Name of Minor
미성년자의 이름

Docket Reference
사건 일람표 참조번호

ANNUAL REPORT OF GUARDIAN OF A MINOR

미성년자 후견인 연간 보고서

(Md. Rule 10-206(e))

(메릴랜드주 규칙 10-206(e))

NOTE: Guardians of the person of minors 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. If a section of this form does not apply, write "Not applicable" or "N/A."

참고: 미성년자 후견인은 지정 1주년 이후 60일 이내, 또는 법원이 달리 지시한 날짜 이내에 매년 본 양식을 작성해야 합니다. 필요할 경우 추가 자료를 첨부하십시오. 본 양식의 섹션에 해당하지 않을 경우, "해당 없음" 을 적어주십시오.

Minor's Date of Birth: _____

미성년자의 생년월일: _____

Gender: _____

성별: _____

REPORTING PERIOD

보고 기간

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

make this annual report for the period of _____ to _____.
Date Date

본인/우리는, _____ 및 (해당하는 경우) _____,
후견인 이름 후견인 2 이름

다음 기간에 대한 연간 보고서를 제출합니다 _____ ~ _____.
날짜 날짜

Part I. Information about the minor

파트 I. 미성년자에 대한 정보

A. RESIDENCE AND HOUSING

거주 및 주택

Minor's address (where the minor lives or is physically present):

미성년자 주소 (미성년자가 거주하거나 물리적으로 존재하는 장소):

Street Address
거리 주소

City, state, zip
시, 주, 우편번호

Select all that apply:

해당 항목을 모두 선택하십시오:

☐ This is the minor's permanent residence.

이 장소는 미성년자의 영구 거주지입니다.

☐ This is not the minor's permanent residence. The minor's permanent residence is: _____

Street Address

City, state, zip

이 장소는 미성년자의 영구 거주지가 아닙니다. 미성년자의 영구 거주지는 다음과 같습니다: _____

거리 주소

시, 주, 우편번호

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

이는 새로운 주소입니다(마지막 연간 보고 이후 또는 이번이 첫 번째 보고인 경우 후견인으로 지정된 이후 미성년자의 주소가 변경된 경우 체크합니다).

Explain why the address changed:

주소가 변경된 이유 기재:

Type of housing (select one):

주택 유형 (한 개 항목 선택):

☐ Own home

자가 주택

☐ Guardian 1's home

후견인 1의 주택

☐ Guardian 2's home

후견인 2의 주택

☐ Foster or boarding home

위탁 가정 또는 하숙집

☐ Group home

대용 수용 시설

☐ Relative's home: _____

Name of relative

Relationship to minor

친척의 주택: _____

친척 이름

미성년자와의 관계

☐ Boarding School: _____

Name of school

기숙 학교: _____

학교명

☐ Hospital or medical facility: _____

Name of hospital or facility

병원 또는 의료 시설: _____

병원 또는 시설의 이름

☐ Residential facility: _____

Name of facility

주거 시설: _____

시설 이름

☐ Other (describe): _____

기타(기재): _____

Do you plan to change the place where the minor lives? ☐ Yes ☐ No

미성년자가 거주하고 있는 장소를 변경할 계획이 있습니까? 예 아니요

If yes, explain why:

긍정인 경우, 이유를 기재하십시오:

B. MEDICAL AND PERSONAL CARE**의료 및 개인 관리****Conditions.** List significant health or mental health issues the minor has (asthma, diabetes, anxiety, etc.):**상태.** 미성년자가 겪고 있는 심각한 건강 또는 정신 건강 문제를 나열하십시오(천식, 당뇨병, 불안증 등):

<u>Issue(s)</u> 문제	<u>Treatment/treatment plan</u> 치료/치료 계획

Hospitalizations. Was the minor hospitalized during the reporting period? ☐ Yes ☐ No If yes, explain:**입원.** 보고 기간 중 미성년자가 입원했습니까? 예 아니오 긍정인 경우 기재:

<u>Date</u> 날짜	<u>Hospital</u> 병원	<u>Reason</u> 사유

Providers. Which medical professional(s) did the minor see during the reporting period?**서비스 제공자.** 미성년자는 보고 기간 동안 어떤 의료 전문가의 진찰을 받았습니까?

	<u>Name</u> 성명:	<u>City, state</u> 시, 주	<u>Date(s) seen</u> 진찰 일자
<input type="checkbox"/> Primary care/pediatrician 주치의/소아과 의사			
<input type="checkbox"/> Dentist 치과 의사			
<input type="checkbox"/> Eye doctor 안과 의사			
<input type="checkbox"/> Ear doctor 이비인후과 의사			
<input type="checkbox"/> Psychiatrist 정신과 의사			
<input type="checkbox"/> Psychologist 심리학자			
<input type="checkbox"/> Therapist (mental health) 치료사 (정신 건강)			
<input type="checkbox"/> Physical or occupational therapist 물리치료사 또는 작업 치료사			
<input type="checkbox"/> Speech therapist 언어 치료사			

☐ Other (describe):

기타(기재):

Medications. List medications the minor takes on a regular basis:

약물 복용. 미성년자가 정기적으로 복용하고 있는 약물을 적어주십시오:

<u>Name</u> 성명:	<u>Purpose</u> 목적	<u>Dosage/Schedule</u> 용량/복용 일정

Personal care. Are there problems providing meals, clothing, housing, or transportation for the minor?

☐ Yes ☐ No

개인 관리. 미성년자에게 식사, 의복, 주거 또는 교통을 제공하는 데 문제가 있습니까? 예 아니요

If yes, explain:

긍정인 경우, 기재하십시오:

C. SCHOOL AND JOB TRAINING

학교 및 직업 교육

School. Does the minor attend school? ☐ Yes ☐ No

학교. 미성년자는 학교에 다닙니까? 예 아니요

If yes:

Name of school

City, state, zip

해당하는 경우:

학교명

시, 주, 우편번호

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

케어 플랜이나 개별 교육 프로그램(IEP)이 있습니까? 예 아니요

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

긍정인 경우, 귀하는 케어 플랜이나 IEP를 개발하는 데 참여하셨습니까? 예 아니요

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

케어 플랜 또는 IEP가 미성년자에게 좋거나 적절하다고 생각하십니까(장애인의 최선의 이익을 위해)? 예 아니요(기재):

Job training. Is the minor in a job training program? ☐ Yes ☐ No

직업 교육. 미성년자는 직업 교육 프로그램에 참가하고 있습니까? 예 아니요

If yes: _____

Name of program

City, state, zip

해당하는 경우: _____

프로그램 이름

시, 주, 우편번호

Describe: _____

기재: _____

D. EMPLOYMENT

고용

Does the minor have a job? ☐ Yes ☐ No

미성년자가 취업했습니까? 예 아니요

If yes: _____

Name of employer

City, state, zip

Hours worked per week

해당하는 경우: _____

고용주 이름

시, 주, 우편번호

주당 근무 시간

Type of job: _____

직업 유형: _____

E. SOCIAL AND RECREATIONAL ACTIVITIES

사회 및 레크리에이션 활동

Describe the minor's social or recreational activities during the reporting period (sports, hobbies, clubs, etc.):

미성년자가 보고 기간 동안 즐겼던 사회 활동이나 레크리에이션 활동을 적어주십시오(스포츠, 취미, 동아리 등):

F. CONTACTS

연락하기

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

귀하와 연락하기. 미성년자가 귀하와 함께 살고 있지 않은 경우, 보고 기간 동안 미성년자를 얼마나 자주 방문했습니까?

Describe your other types of contact with the minor:

미성년자와 갖는 다른 유형의 연락 방법에 대해 적어주십시오:

Type
유형

Frequency
빈도

☐ Telephone
전화

☐ Mail or e-mail
우편 또는 이메일

☐ Other (describe):
기타(기재):

Contact with others. Describe the minor's contact with family members during the reporting period:
다른 사람과 연락하기. 보고 기간 동안 미성년자의 가족과 연락한 내용을 적어주십시오:

G. COMMUNITY SUPPORT

지역사회 지원

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

현재 미성년자와 관련된 지역 사회 조직을 적어주십시오(케이스 또는 케어 관리, 지역사회 봉사 서비스, 정부 프로그램, 종교 프로그램, 자선 단체 등).

<u>Organization</u> 조직	<u>Services received</u> 제공받은 서비스	<u>City, state</u> 시, 주
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Part II. Information about the guardianship

파트 II. 후견에 대한 정보

A. FUNDS

자금 지원

Did the guardian of the property, if any, provide funds toward the minor's support, care, or education?

☐ Yes ☐ No ☐ Not applicable

재산 후견인은 미성년자의 지원, 케어 또는 교육을 위해 자금을 제공했습니까? 예 아니요 해당 없음

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

제공한 경우, 설명해 주십시오 (**해당하는 모든 항목 선택**):

☐ clothing ☐ food ☐ housing ☐ health care (co-pays, insurance, etc.)

의복 식품 주거 건강 관리(공동 부담금, 보험료 등)

☐ transportation ☐ education ☐ extracurricular/recreational activities ☐ job training

교통 교육 과외/레크리에이션 활동 직업 교육

☐ other (describe):

기타(기재):

B. HEALTH OF GUARDIAN(S)

후견인의 건강

Guardian 1 (*select one*):

후견인 1 (**한 개 선택**):

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

본인은 후견인의 역할을 수행하는 데 영향을 줄 수 있는 심각한 건강 문제가 없습니다.

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

본인은 후견인의 역할을 수행하는 데 영향을 줄 수 있는 다음과 같은 심각한 건강 문제가 있습니다:

Guardian 2 (if any) (select one):

후견인 2 (해당하는 경우) (한 개 선택):

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

본인은 후견인의 역할을 수행하는 데 영향을 줄 수 있는 심각한 건강 문제가 없습니다.

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

본인은 후견인의 역할을 수행하는 데 영향을 줄 수 있는 다음과 같은 심각한 건강 문제가 있습니다:

C. CONTINUATION OF GUARDIANSHIP

후견 지속

This guardianship (select one):

이 후견은 (한 개 선택):

☐ should be continued.

지속되어야 합니다.

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

다음 사유로 중단되어야 합니다:

D. POWERS OF GUARDIAN(S)

후견인의 권한

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

본인의/우리들의 후견인 권한은 (한 개 선택):

☐ stay the same.

동일하게 유지되어야 합니다.

☐ change in the following ways for the following reasons:

다음 사유로 인해 다음 방식으로 변경되어야 합니다:

E. OTHER

기타

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

법원은 이 후견과 관련하여 다음과 같은 사항을 알고 있어야 합니다.

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.

본인/우리들은 위증의 경우 처벌을 받는다는 전제하에 본인/우리들의 지식, 정보, 확신에 근거하여 이 문서의 내용이 사실이라는 것을 엄숙히 선언합니다.

Date
날짜

Signature of Guardian 1
후견인 1 서명

Printed Name
성명(정자체)

Street Address
거리 주소

City, State, Zip
시, 주, 우편번호

Telephone Number
전화번호

E-mail
이메일

Fax
팩스 번호

☐ This is a new address since the last report
(or since appointment if this is your first report).

이는 마지막 보고 이후(또는 첫 보고인 경우 지정
이후) 새로운 주소입니다.

Date
날짜

Signature of Guardian 2 (if applicable)
후견인 2 서명 (해당하는 경우)

Printed Name
성명(정자체)

Street Address
거리 주소

City, State, Zip
시, 주, 우편번호

Telephone Number
전화번호

E-mail
이메일

Fax
팩스 번호

☐ This is a new address since the last report
(or since appointment if this is your first report).
이는 마지막 보고 이후(또는 첫 보고인 경우 지정
이후) 새로운 주소입니다.