

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 ORPHANS' COURT FOR _____, MARYLAND
TRIBUNAL DE CIRCUITO TESTAMENTARIO DE _____, MARYLAND

City/County
Ciudad/Condado

Located at _____ Telephone _____
Ubicado en _____ Teléfono _____

Court Address
Dirección del tribunal

Case No. _____
Núm. de caso _____

In the Matter of
lo referente a

Name of Minor
Nombre del menor

Docket Reference
Referencia del expediente

ANNUAL REPORT OF GUARDIAN OF A MINOR
INFORME ANUAL DEL TUTOR DE UN MENOR
(Md. Rule 10-206(e))
(Regla de Maryland 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."

NOTA: Los tutores de la persona de menores 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. Si una sección de este formulario no corresponde, escriba "No aplica" o "N/A".

Minor's Date of Birth: _____

Menor: Fecha de nacimiento: _____

Gender: _____

Género: _____

REPORTING PERIOD
PERÍODO DE INFORME

I/We, _____ and (if applicable) _____,
Name of Guardian Name of Guardian 2
make this annual report for the period of _____ to _____.
Date Date

Yo/Nosotros, _____ y (si corresponde) _____,
Nombre del tutor Nombre del tutor 2
hago/hacemos este informe anual correspondiente al período del _____ al _____.
Fecha Fecha

Part I. Information about the minor
Parte 1. Información sobre el menor

A. RESIDENCE AND HOUSING
RESIDENCIA Y VIVIENDA

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

Dirección del menor (donde el menor vive o se encuentra 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 minor's permanent residence.

Esta es la residencia permanente del menor.

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

Street Address

City, state, zip

Esta no es la residencia permanente del menor. La residencia permanente del menor es: _____

Dirección física

Ciudad, Estado, Código Postal

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).

Esta es una nueva dirección (verifique si la dirección del menor 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

Casa propia

Guardian 1's home

Casa del tutor 1

Guardian 2's home

Casa del tutor 2

Foster or boarding home

Hogar de crianza o internado

Group home

Hogar grupal

Relative's home: _____

Name of relative

Relationship to minor

Casa del pariente: _____

Nombre del pariente

Relación con el menor

Boarding School: _____

Name of school

Internado: _____

Nombre de la escuela

Hospital or medical facility: _____

Name of hospital or facility

Hospital o instalación médica: _____

Nombre del hospital o de la instalación

Residential facility: _____

Name of facility

Instalación residencial: _____

Nombre de la instalación

Other (describe): _____

Otro (describa): _____

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

¿Tiene previsto cambiar el lugar donde vive el menor? Sí No

If yes, explain why:

En caso afirmativo, explique por qué:

B. MEDICAL AND PERSONAL CARE

ATENCIÓN MÉDICA Y CUIDADO PERSONAL

Conditions. List significant health or mental health issues the minor 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.):

Issue(s)
Problema(s)

Treatment/treatment plan
Tratamiento/Plan de tratamiento

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Hospitalizations. Was the minor hospitalized during the reporting period? Yes No If yes, explain:

Hospitalizaciones. ¿El menor fue hospitalizado durante el período del informe? Sí No

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 minor see during the reporting period?

Proveedores. ¿A qué profesional(es) médico(s) vio el menor 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/pediatrician Atención médica primaria/pediatra | _____ | _____ | _____ |
| <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) | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Physical or occupational therapist Terapeuta físico u ocupacional | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Speech therapist Terapeuta del habla | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Other (describe): Otro (describe): | _____ | _____ | _____ |

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

Medicamentos. Enumere los medicamentos que el menor 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 minor? Yes No

Cuidado personal. ¿Hay problemas para suministrar comida, ropa, vivienda o transporte al menor? Sí No

If yes, explain:

En caso afirmativo, explique:

C. SCHOOL AND JOB TRAINING

ESCUELA Y CAPACITACIÓN LABORAL

School. Does the minor attend school? Yes No

Escuela. ¿El menor 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 minor (in the minor's best interest)?

Yes No (explain):

¿Cree usted que el plan de atención o el IEP es bueno o apropiado para el menor (en el mejor interés del menor)? Sí No (explique):

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

Capacitación laboral. ¿El menor está 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 minor have a job? Yes No

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

Describe las actividades sociales o recreativas del menor durante el período del informe (deportes, pasatiempos, clubes, etc.):

F. CONTACTS

CONTACTOS

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

Contacto con usted. Si el menor **no** vive con usted, ¿con qué frecuencia lo visitó durante el período del informe?

Describe your other types of contact with the minor:

Describe sus otros tipos de contacto con el menor:

Type
Tipo

Frequency
Frecuencia

Telephone

Teléfono

Mail or e-mail

Correo postal o correo electrónico

Other (describe):

Otro (describe):

Contact with others. Describe the minor's contact with family members during the reporting period:

Contacto con otros. Describe el contacto del menor con sus parientes durante el período del informe:

G. COMMUNITY SUPPORT

APOYO COMUNITARIO

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

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

| <u>Organization</u> <u>Organización</u> | <u>Services received</u> <u>Servicios recibidos</u> | <u>City, state</u> <u>Ciudad, Estado</u> |
|--|--|---|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

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 minor’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 del menor?

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(s) 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 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).