The forms are in bilingual format for your convenience, but must be completed and filed with the court in English.
서식들은 편의를 위해서 이중 언어 포맷으로 제공되나, 반드시 영어로 작성하여 법원에 제출해야 합니다.

☐ **CIRCUIT** ☐ **ORPHANS' COURT FOR** _____, **MARYLAND**
City/County

☐ **순회** ☐ **고아 법원, 관할지** _____, **메릴랜드**
시/카운티

Located at _____ Telephone _____
Court Address

소재지 _____ 전화번호 _____
법원 주소

Case No. _____
사건 번호. _____

In the Matter of
관련 당사자

_____ _____
Name of Minor or Disabled Person
미성년자 또는 장애인의 성명

Docket Reference
소송사건 일람표 참조번호

PETITION FOR TERMINATION OF GUARDIANSHIP OF THE PERSON
본인 후견의 종료 신청
(Md. Rule 10-209)
(메릴랜드주 규칙 10-209)

NOTE: Use this form to ask the court to terminate the guardianship of the person of a minor or disabled person. File this form within 45 days after discovery of the grounds for termination in the circuit or orphans' court that has jurisdiction over the guardianship. Attach all required documentation to the petition. **The guardianship does not end until the court issues an order terminating the guardianship and releasing the guardian of the guardian's duties.**
참고: 미성년자 또는 장애인 본인 후견을 종료하도록 법원에 요청하기 위해 본 양식을 사용하십시오. 후견권을 관할하는 순회법원이나 고아 법원에서 종료 사유를 발견한 날로부터 45일 이내에 이 양식을 제출하십시오. 청원서에 필요한 모든 서류를 첨부하십시오. **후견은 법원이 후견 종료 명령을 내리고 후견인의 후견 의무를 해제할 때까지 끝나지 않습니다.**

I, _____ , whose address is _____
Name

_____ , whose telephone number is _____ ,

and whose e-mail address (if available) is _____ , asks that

the court terminate the guardianship of the person of _____ .
Name of Minor or Disabled Person

본인 _____ 은(는) 주소가 _____
성명

_____ 이고, 전화번호가 _____이며

및 이메일 주소가 _____ 이며 법원이 다음 사람의 본인 후견을 종료할 것을 요청합니다

_____ .
미성년자 또는 장애인의 성명

I state that:
본인은 다음과 같이 진술합니다:

1. My relationship to the minor or disabled person is ☐ guardian of the person ☐ guardian of the property ☐ guardian of the person and property ☐ other *(describe)*:
미성년자 또는 장애인과의 관계는 다음과 같습니다 ☐ 본인 후견인 ☐ 재산 후견인 ☐ 본인과 재산 후견인 ☐ 기타 *(기재)*:

_____

2. _____ was appointed guardian of the person for
Name of Guardian of the Person

_____ by order of this court on _____ .
Name of Minor or Disabled Person Date

_____ 은(는) 이 법원의 명령에 의해 다음 사람의
본인 후견인 이름
후견인으로 지정되었습니다

_____ 명령 일자 _____ .
미성년자 또는 장애인의 이름 일자

3. ☐ _____ has not exercised any control over any property of
Name of Guardian of the Person
the minor or disabled person (for example, as guardian of the property).

☐ _____ 은(는) 미성년자 또는 장애인의 재산에 대한
본인 후견인 이름
관리 권한을 행사하지 않았습니다 (예: 재산 후견인).

☐ _____ exercised the following control over property of
Name of Guardian of the Person
the minor or disabled person:

☐ _____ 미성년자 또는 장애인의 재산에 대하여
본인 후견인 이름
다음 관리 권한을 행사했습니다:

_____

_____

4. The following is a list of names, addresses, telephone numbers, and e-mail addresses (if available) of all interested persons (see Md. Code, Estates and Trusts Article, §13-101(j)):
다음은 모든 이해관계인의 성명, 주소, 전화번호, 이메일 주소(해당하는 경우) 목록입니다 (메릴랜드법 유산 및 신탁 조항, § 13-101(j) 참조):

Name 성명:	Relationship to Minor or Disabled Person 미성년자 또는 장애인과의 관계	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address 이메일 주소

5. Guardianship of the person should be terminated because (select all that apply):
본인 후견은 다음과 같은 사유로 종료되어야 합니다 (해당 항목 모두 선택):

☐ _____ reached the age of majority on _____ .
Name of Minor — Date of Minor's 18th Birthday

A copy of the minor's birth certificate or other proof of age is attached to this petition.

☐ _____ 은(는) 다음 일자에 성년 연령에 도달했습니다 _____ .
미성년자 이름 — 미성년자의 18세 생일 일자

본 청원서에 미성년자의 출생 증명서 또는 기타 연령 증명서 사본이 첨부되었습니다.

☐ _____ became emancipated because of marriage on
Name of Minor

☐ _____ 은(는) 다음 일자의 결혼으로 인해 제약에서 해방되었습니다.
미성년자의 성명

_____ . A copy of the minor's marriage certificate is attached to this petition.
Date of Minor's Marriage

_____ . 본 청원서에 미성년자의 결혼 증명서 사본이 첨부되었습니다.
미성년자의 결혼일

☐ _____ died on _____ . A copy of the
Name of Minor or Disabled Person — Date of Death

minor or disabled person's death certificate is attached to this petition.

☐ _____ 은(는) 다음 일자에 사망했습니다 _____ .
미성년자 또는 장애인의 이름 — 사망 일자

본 청원서에 미성년자 또는 장애인의 사망 증명서가 첨부되었습니다.

☐ _____ no longer has the disability that was the basis for
Name of Disabled Person

guardianship (cessation of disability). An original medical certificate confirming the end of the disability was completed by a physician who has examined the disabled person within 21 days of the filing of this petition and is attached. (The physician should complete Form CC-GN-022, Medical Certificate - Cessation of Disability.)

☐ _____ 은(는) 후견의 근거가 되는 장애를 가지고
장애인 이름

있지 않습니다 (장애 종료). 장애 종료를 확인하는 원본 의료 증명서는 이 청원이 접수된 날로부터 21일 이내에 장애인을 검사한 의사에 의해 작성되어 첨부되어 있습니다. (의사는 장애 종료 의료 증명서인 양식 CC-GN-022를 작성해야 합니다.)

☐ The following other good cause exists to terminate the guardianship:
☐ 후견을 종료할 수 있는 다른 정당한 사유는 다음과 같습니다:

_____

_____

_____

6. All required documentation is attached.
   모든 필수 문서가 첨부되었습니다.

FOR THESE REASONS, I ask the court to:
이러한 사유로, 본인은 법원에 다음과 같이 요청합니다:

1. Accept my request to terminate guardianship of the person of _____ .
   Name of Minor or Disabled Person
   다음 사람의 후견 종료 요청을 수락해주십시오 _____ .
   미성년자 또는 장애인의 성명

2. Release _____ from the duties as guardian of the person.
   Name of Guardian
   _____ 을(를) 해당인의 후견인 의무로부터 해방시켜 주십시오.
   후견인 성명

3. Issue an order requiring interested persons and any other persons directed by the court to show cause why my request should not be granted.
   이해관계자와 법원의 지시를 받은 기타 사람들에게 본인의 요청이 승인되어서는 안 되는 이유를 입증하도록 요구하는 명령을 내려주십시오.
4. Grant any other and further relief as may be required.
   필요에 따라 기타 및 추가 구제를 승인해 주십시오.

I solemnly affirm under the penalties of perjury that the contents of this document are true to the best of my knowledge, information, and belief.
본인은 위증을 범하는 경우 처벌을 받는다는 전제 하에 본인의 아는 바, 정보, 확신에 근거하여 본 문서의 내용이 사실이라는 것을 엄숙히 선언합니다.

_____
Date
날짜

_____
Signature
서명

_____
Printed Name
성명(정자체)

_____
Street Address
거리 주소

_____
City, State, Zip
시, 주, 우편번호

_____
Telephone Number
전화번호

_____ _____
E-mail
이메일
Fax
팩스 번호

Reset