

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

City/County

TRIBUNAL DE CIRCUITO TESTAMENTARIO DE \_\_\_\_\_, MARYLAND

Ciudad/Condado

Located at \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

Court Address

Ubicado en \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del tribunal

Case No. \_\_\_\_\_  
Núm. de caso \_\_\_\_\_

In the Matter of  
En lo referente a

\_\_\_\_\_  
Name of Minor or Disabled Person  
Nombre del menor o persona discapacitada

\_\_\_\_\_  
Docket Reference  
Referencia del expediente

**PETITION FOR TERMINATION OF GUARDIANSHIP OF THE PERSON**  
**SOLICITUD DE TERMINACIÓN DE LA TUTELA DE LA PERSONA**  
**(Md. Rule 10-209)**  
**(Regla de Maryland 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.**

**NOTA:** Use este formulario para solicitar al tribunal que termine la tutela de la persona de un menor o de una persona discapacitada. Presente este formulario en un plazo de 45 días a partir del descubrimiento de los motivos justificantes de la terminación en el tribunal de circuito o testamentario que tenga jurisdicción sobre la tutela. Adjunte toda la documentación requerida a la solicitud. **La tutela no termina hasta que el tribunal dicte una orden en la que termine la tutela y libere al tutor de sus obligaciones.**

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

Yo, \_\_\_\_\_, cuya dirección es \_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_, cuyo número de teléfono es \_\_\_\_\_,

y cuya dirección de correo electrónico (si está disponible) es \_\_\_\_\_, solicita que el tribunal termine la tutela de

la persona de \_\_\_\_\_.

Nombre del menor o persona discapacitada

I state that:  
Declaro que:

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*):

Mi relación con el menor o la persona discapacitada es tutor de la persona tutor de los bienes tutor de la persona y de los bienes otra (*describa*):

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

\_\_\_\_\_ fue nombrado como tutor de la persona de  
Nombre del tutor de la persona  
\_\_\_\_\_ por orden de este tribunal el \_\_\_\_\_ .  
Nombre del menor o persona discapacitada Fecha

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).

\_\_\_\_\_ no ha ejercido ningún control sobre ningún bien  
Nombre del tutor de la persona  
del menor o de la persona discapacitada (por ejemplo, como tutor de los bienes).

\_\_\_\_\_ exercised the following control over property of  
Name of Guardian of the Person  
the minor or disabled person:

\_\_\_\_\_ ejerció el siguiente control sobre los bienes  
Nombre del tutor de la persona  
del menor o de la persona discapacitada:

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)):

La siguiente es una lista de nombres, direcciones, números de teléfono y direcciones de correo electrónico (si se conocen) de todas las personas interesadas (ver Código de Maryland, Artículo de Patrimonios y Fideicomisos, sección 13-101(j)):

<u>Name</u> <u>Nombre</u>	<u>Relationship to Minor or Disabled Person</u> <u>Relación con el menor o la persona discapacitada</u>	<u>Address</u> <u>Dirección</u>	<u>Telephone Number</u> <u>Número de teléfono</u>	<u>E-mail Address</u> <u>Dirección de correo electrónico</u>

5. Guardianship of the person should be terminated because (select all that apply):

La tutela de la persona debería terminarse porque (seleccione todas las opciones que correspondan):

\_\_\_\_\_ 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.

\_\_\_\_\_ cumplió la mayoría de edad el \_\_\_\_\_.  
Nombre del menor Fecha del cumpleaños 18 del menor

Se adjunta a esta solicitud una copia del certificado de nacimiento del menor u otra prueba de su edad.

\_\_\_\_\_ became emancipated because of marriage on \_\_\_\_\_.  
Name of Minor

\_\_\_\_\_ se emancipó debido al matrimonio el \_\_\_\_\_.  
Nombre del menor

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

\_\_\_\_\_. Se adjunta a esta solicitud una copia del certificado de matrimonio del menor.  
Fecha de matrimonio del menor

\_\_\_\_\_ 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.

\_\_\_\_\_ falleció el \_\_\_\_\_. Se adjunta una copia del  
Nombre del menor o persona discapacitada Fecha de defunción  
certificado de defunción del menor o de la persona discapacitada a esta solicitud.

\_\_\_\_\_ 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.)

\_\_\_\_\_ ya no tiene la discapacidad que fue la base de la  
Nombre de la persona discapacitada  
tutela (cese de la discapacidad). Se adjunta un certificado médico original que confirma el fin de la discapacidad y que fue completado por un médico que examinó a la persona discapacitada dentro de los 21 días posteriores a la presentación de esta solicitud. (El médico debería completar el Formulario CC-GN-022, Certificado Médico - Cese de la Incapacidad).

The following other good cause exists to terminate the guardianship:

Existe otro buen motivo para terminar la tutela:

---

---

---

6. All required documentation is attached.

Se adjunta toda la documentación requerida.

**FOR THESE REASONS**, I ask the court to:  
**POR ESTAS RAZONES**, solicito al tribunal que:

1. Accept my request to terminate guardianship of the person of \_\_\_\_\_ .  
Name of Minor or Disabled Person  
**Acepte mi solicitud para terminar la tutela de la persona de \_\_\_\_\_ .**  
Nombre del menor o persona discapacitada
2. Release \_\_\_\_\_ from the duties as guardian of the person.  
Name of Guardian  
**Libere a \_\_\_\_\_ de las obligaciones como tutor de la persona.**  
Nombre del tutor
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.  
**Emita una orden que exija que las personas interesadas y cualquier otra persona ordenada por el tribunal demuestren con motivos justificantes por qué no se debe conceder mi solicitud.**
4. Grant any other and further relief as may be required.  
**Otorgue cualquier otro desagravio adicional que sea necesario.**

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.

**Declaro, bajo pena de perjurio, que el contenido de este documento es verdadero a mi leal conocimiento, información y creencia.**

\_\_\_\_\_  
Date  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature  
Firma

\_\_\_\_\_  
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