



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

Located at \_\_\_\_\_ Case No.
Ubicado en \_\_\_\_\_ Número de caso \_\_\_\_\_

Court Address
Dirección del tribunal

In the Matter of
En el caso de

Name of Disabled Person
Nombre de la persona discapacitada

Docket Reference
Referencia en la lista de casos

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 discapacitada deben completar y presentar este formulario cada año dentro de los 60 días del aniversario de ser designados, o conforme lo ordene el tribunal. De ser necesario, adjunte páginas adicionales.

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

Disabled Person's Date of Birth:
Fecha de nacimiento: del menor o de la persona discapacitada
Gender: Female Male
Sexo: Femenino Masculino

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

realizamos este informe anual del período entre el \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_
Fecha Fecha

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

A. RESIDENCE AND HOUSING
A. RESIDENCIA Y VIVIENDA

Disabled person's address (where he or she lives or is physically present):
Dirección de la persona discapacitada (dónde vive o dónde está físicamente presente):

Address
Dirección

City, state, zip
Ciudad, estado, código postal

Select all that apply:

Selecione todos los 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. His/Her permanent residence is located at \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.  
Address City, state, zip
- Esta no es la residencia permanente de la persona discapacitada. Su residencia permanente está ubicada en \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.  
Dirección 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 (marque si la dirección de la persona discapacitada cambió desde el último informe anual o desde su designación como tutor si este es su primer informe).

Explain why the address changed:

Explique por qué la dirección cambió:

Type of housing (select one):

Tipo de vivienda (seleccione una):

- Own home  Guardian 1's home  Guardian 2's home  
 Hogar propio  Hogar del tutor 1  Hogar del tutor 2
- Relative's home:  
 Hogar de un familiar: \_\_\_\_\_

Name of relative  
Nombre del familiar

Relationship to disabled person  
Parentesco con la persona discapacitada

Hospital or medical facility:

Hospital o centro médico: \_\_\_\_\_

Name of hospital or facility  
Nombre del hospital o centro

- Type of facility (select one):  nursing home  assisted living  
Tipo de institución (seleccione uno):  hogar para el cuidado de personas discapacitadas  centros de vida asistida
- group home  residential treatment facility  
 hogar de grupo  centro de tratamiento residencial
- other (describe):  
 otro (especifique):

School:

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

Name of school  
Nombre de la escuela

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

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

If yes, explain why:

Si la respuesta es afirmativa, 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 trasladar a la persona discapacitada de un lugar a otro (Patrimonios y Fideicomisos, Art., § 13-708).**

**B. MEDICAL AND PERSONAL CARE**

**B. ATENCIÓN MÉDICA Y PERSONAL**

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

**Afecciones.** Enumere los problemas de salud o de salud mental que la persona discapacitada tiene (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.** ¿Se hospitalizó a la persona discapacitada durante el período de informe?

Sí  No

If yes, explain:

Si la respuesta es afirmativa, 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.** ¿Qué profesional(es) médico(s) atendió/atendieron a la persona discapacitada durante el período de informe?

	<u>Name</u> <u>Nombre</u>	<u>City, state</u> <u>Ciudad, estado</u>	<u>Date(s) seen</u> <u>Fecha(s) en la(s) que la vieron</u>
<input type="checkbox"/> Primary care	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Atención primaria	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dentist	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dentista	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Eye doctor	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Oftalmólogo	_____	_____	_____

- Ear doctor \_\_\_\_\_
- Otorrinolaringólogo \_\_\_\_\_
- Psychiatrist \_\_\_\_\_
- Psiquiatra \_\_\_\_\_
- Psychologist \_\_\_\_\_
- Psicólogo \_\_\_\_\_
- Therapist  
(mental health) \_\_\_\_\_
- Terapeuta  
(salud mental) \_\_\_\_\_
- Physical or  
occupational therapist \_\_\_\_\_
- Fisioterapeuta o  
terapeuta ocupacional \_\_\_\_\_
- Speech therapist \_\_\_\_\_
- Terapeuta del habla \_\_\_\_\_
- Other (describe): \_\_\_\_\_
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

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

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

<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 proporcionar comidas, vestimenta, vivienda o transporte a la persona discapacitada?  Sí  No

If yes, explain:

Si la respuesta es afirmativa, explique:

---

---

---

**C. SCHOOL AND JOB TRAINING**

**C. 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:

Si la respuesta es afirmativa:

\_\_\_\_\_  
Name of school  
Nombre de la escuela

\_\_\_\_\_  
City, state, zip  
Ciudad, estado, código postal

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

¿Existe un plan de atención o un programa educativo individualizado (IEP, por sus siglas en inglés)?  Sí  No

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

Si la respuesta es afirmativa, ¿usted participó en la preparación del plan de atención o el IEP?  Sí  No

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

¿Cree que el plan de atención o IEP es bueno o apropiado para la persona discapacitada (lo mejor para él o ella)?  Sí  No (explique):

---

---

---

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

**Capacitación laboral.** ¿La persona discapacitada está en un programa de capacitación laboral?

Sí  No

If yes:

Si la respuesta es afirmativa:

\_\_\_\_\_  
Name of program  
Nombre del programa

\_\_\_\_\_  
City, state, zip  
Ciudad, estado, código postal

Describe:

Describir: \_\_\_\_\_

**D. EMPLOYMENT**

**D. EMPLEO**

Does the disabled person have a job?  Yes  No

¿La persona discapacitada tiene un trabajo?  Sí  No

If yes:

Si la respuesta es afirmativa:

\_\_\_\_\_  
Name of employer  
Nombre del empleador

\_\_\_\_\_  
City, state, zip  
Ciudad, estado, código postal

\_\_\_\_\_  
Hours worked per week  
Horas trabajadas por semana

Type of job:

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

**E. SOCIAL AND RECREATIONAL ACTIVITIES**

**E. ACTIVIDADES SOCIALES Y RECREATIVAS**

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

Describe las actividades sociales o recreativas que la persona discapacitada disfrutó durante el período de informe (deportes, pasatiempos, clubes, guardería para adultos, etc.).

---

---

---

---

**F. CONTACTS**

**F. CONTACTOS**

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

**Contacto con usted.** Si la persona discapacitada no vive con usted, ¿con qué frecuencia la visitó durante el período de 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	<hr/>
<input type="checkbox"/> Teléfono	<hr/>
<input type="checkbox"/> Mail or e-mail	<hr/>
<input type="checkbox"/> Correo postal o correo electrónico	<hr/>
<input type="checkbox"/> Other (describe):	<hr/>
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):	<hr/>
	<hr/>
	<hr/>

**Contact with others.** Describe the disabled person’s contact with family members during the reporting period.

**Contacto con otros.** Describe el contacto de la persona discapacitada con familiares durante el período de 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 quién visita o se comunica con la persona discapacitada)?  Sí  No

If yes, how is it working?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo está funcionando?

---

---

---

## G. DECISION-MAKING

### G. TOMA DE DECISIONES

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

Describa cualquier cambio en la capacidad de la persona discapacitada para tomar decisiones que afecten su salud.

---

---

---

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

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

Yes. Describe how:

Sí. Describa de qué manera:

---

---

---

No. Explain why:

No. Explique por qué:

---

---

---

## H. COMMUNITY SUPPORT

### H. APOYO DE LA COMUNIDAD

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 (manejo de casos o de atención, servicios comunitarios, programas gubernamentales, programas religiosos, organizaciones benéficas, 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 II. Información sobre la tutela**

**A. FUNDS**

**A. 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, proporciona fondos para el apoyo, la atención o la educación de la persona discapacitada?  Sí  No  No corresponde

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

Si la respuesta es afirmativa, describa (*seleccione todos los que correspondan*):

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

---

---

---

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

**B. SALUD DEL TUTOR/DE LOS TUTORES**

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

**Tutor 1** (*seleccione uno*):

- I have no serious health problems that affect my ability to serve as guardian.
- No tengo ningún problema de salud grave que afecte mi capacidad para actuar como tutor.
- I have the following serious health problems that may affect my ability to serve as a guardian:
- Tengo los siguientes problemas de salud graves que podrían afectar mi capacidad para actuar como tutor:

---

---

---

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

**Tutor 2 (si lo hubiera)** (*seleccione uno*):

- I have no serious health problems that affect my ability to serve as guardian.
- No tengo ningún problema de salud grave que afecte mi capacidad para actuar como tutor.
- I have the following serious health problems that may affect my ability to serve as a guardian:
- Tengo los siguientes problemas de salud graves que podrían afectar mi capacidad para actuar como tutor:

---

---

---



**C. CONTINUATION OF GUARDIANSHIP**

**C. CONTINUACIÓN DE LA TUTELA**

This guardianship (*select one*):

Esta tutela (*seleccione una*):

should be continued.

debe continuar.

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

no debe continuar por la(s) siguiente(s) razón(es):

---

---

---

---

---

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

**D. FACULTADES DEL TUTOR/DE LOS TUTORES**

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

Mis/nuestras facultades como tutor(es) deben (*seleccione una*):

stay the same.

permanecer iguales.

change in the following ways for the following reasons:

cambiar de las siguientes maneras por los siguientes motivos:

---

---

---

**E. OTHER**

**E. OTRO**

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

El tribunal debe estar consciente de estos otros asuntos relacionados con la 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.

Afirmo/afirmamos solemnemente, bajo pena de perjurio, que el contenido de este documento es verdadero a mi/nuestro leal saber y entender, información y creencia.

---

Date  
Fecha

---

Signature of Guardian 1  
Firma del tutor 1

---

Printed Name  
Nombre en letra de imprenta

---

Address  
Dirección

---

City, state, zip  
Ciudad, estado, código postal

---

Telephone  
Teléfono

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

Esta es la nueva dirección desde el último informe (o desde la designación 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

---

Address  
Dirección

---

City, state, zip  
Ciudad, estado, código postal

---

Telephone  
Teléfono

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

Esta es la nueva dirección desde el último informe (o desde la designación si este es su primer informe).