



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

City/County
Ciudad/condado

Located at
Ubicado en _____

Case No.
Número de caso _____

Court Address
Dirección del tribunal

In the Matter of
En el caso de

Name of Minor
Nombre del menor

Docket Reference
Referencia en la lista de casos

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.

NOTA: Los tutores de la persona de menores deben completar y presentar este formulario cada año dentro de los 60 días del aniversario de ser designados como tutores, 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".

Minor's Date of Birth: _____
Fecha de nacimiento del menor: _____
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 minor

Parte I. Información sobre el menor

A. RESIDENCE AND HOUSING

A. RESIDENCIA Y VIVIENDA

Minor's address (where he or she lives or is physically present):

Dirección del menor (en donde vive o en donde está físicamente presente):

Address
Dirección

City, state, zip
Ciudad, estado, código postal

Select all that apply:

Selecione todos los que correspondan:

This is the minor's permanent residence.

Esta es la residencia permanente del menor.

This is not the minor's permanent residence. His/Her permanent residence is located at _____, _____.

Address

City, state, zip

Esta no es la residencia permanente del menor. Su residencia permanente está ubicada en _____, _____.

Dirección

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 (marque si la dirección del menor 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

Foster or boarding home Group home

Hogar de crianza o internado Hogar de grupo

Relative's home:

Hogar de un familiar: _____

Name of relative
Nombre del familiar

Relationship to minor
Parentesco con el menor

Boarding School:

Internado: _____

Name of school
Nombre de la escuela

Hospital or medical facility:

Hospital o centro médico: _____

Name of hospital or facility
Nombre del hospital o centro

Residential facility:

Centro residencial: _____

Name of facility
Nombre del centro

Other (describe):

Otro (especifique): _____

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

¿Piensa cambiar el lugar donde vive el menor? Sí No

If yes, explain why:

Si la respuesta es afirmativa, explique por qué:

B. MEDICAL AND PERSONAL CARE

B. ATENCIÓN MÉDICA Y PERSONAL

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

Afecciones. Enumere los problemas de salud o de salud mental que tiene el menor (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 minor hospitalized during the reporting period? Yes No

Hospitalizaciones. ¿Se hospitalizó al menor 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 minor see during the reporting period?

Proveedores. ¿Qué profesional(es) médico(s) atendió/atendieron al menor 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)</u> <u>que lo vieron</u>
<input type="checkbox"/> Primary care/pediatrician	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Atención primaria/pediatra	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dentist	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dentista	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Eye doctor	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Oftalmólogo	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ear doctor	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otorrinolaringólogo	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychiatrist	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psiquiatra	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychologist	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psicólogo	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 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 minor takes on a regular basis:

Medicamentos. Enumere los medicamentos que el menor 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 minor?

Yes No

Cuidado personal. ¿Hay problemas para proporcionar comidas, vestimenta, vivienda o transporte al menor? Sí No

If yes, explain:

Si la respuesta es afirmativa, explique:

C. SCHOOL AND JOB TRAINING

C. ESCUELA Y CAPACITACIÓN LABORAL

School. Does the minor attend school? Yes No

Escuela. ¿El menor 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 minor (in his or her best interest)? Yes No (explain):
¿Cree que el plan de atención o IEP es bueno o apropiado para el menor (lo mejor para él o ella)? 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:

Si la respuesta es afirmativa: _____
Name of program City, state, zip
Nombre del programa Ciudad, estado, código postal

Describe:

Describir: _____

D. EMPLOYMENT

D. EMPLEO

Does the minor have a job? Yes No

¿El menor tiene un trabajo? Sí No

If yes:

Si la respuesta es afirmativa: _____
Name of employer City, state, zip Hours worked per week
Nombre del empleador Ciudad, estado, código postal Horas trabajadas por semana

Type of job:

Tipo de trabajo: _____

E. SOCIAL AND RECREATIONAL ACTIVITIES

E. ACTIVIDADES SOCIALES Y RECREATIVAS

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

Describa las actividades sociales y recreativas del menor durante el período de informe (deportes, pasatiempos, clubes, etc.):

F. CONTACTS

F. CONTACTOS

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

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

Describe your other types of contact with the minor:
 Describa sus otros tipos de contacto con el menor:

<u>Type</u> <u>Tipo</u>	<u>Frequency</u> <u>Frecuencia</u>
<input type="checkbox"/> Telephone	_____
<input type="checkbox"/> Teléfono	_____
<input type="checkbox"/> Mail or e-mail	_____
<input type="checkbox"/> Correo postal o correo electrónico	_____
<input type="checkbox"/> Other (describe):	_____
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):	_____

Contact with others. Describe the minor’s contact with family members during the reporting period:
Contacto con otros. Describa el contacto del menor con familiares durante el período de informe:

G. COMMUNITY SUPPORT
G. APOYO DE LA COMUNIDAD

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

A. FUNDS
A. 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 la propiedad, si lo hubiera, proporciona fondos para el apoyo, la atención o la educación del menor? 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 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 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(s) 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 matters relating to this guardianship:

El tribunal debe estar consciente de estos 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).