

Person Filing: \_\_\_\_\_

(Nombre de persona:)

Address (if not protected): \_\_\_\_\_

(Mi domicilio (si no protegida: ))

City, State, Zip Code: \_\_\_\_\_

(ciudad, estado, código postal:)

Telephone: / (Número de Tel. :) \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

(Dirección de correo electrónico:)

Lawyer's Bar Number: / (Número de colegio abogado:) \_\_\_\_\_

Licensed Fiduciary Number: / (Licencia número Fiduciario:) \_\_\_\_\_

Representing  Self, without a Lawyer or  Attorney for  Petitioner OR  Respondent

(Representando Sí mismo, sin un abogado o Abogado para Peticionante O Demandado)

FOR CLERK'S USE ONLY  
(PARA EL USO DEL SECRETARIO  
SOLAMENTE)

## SUPERIOR COURT OF ARIZONA IN MARICOPA COUNTY

(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA  
DEL CONDADO MARICOPA)

In the Matter of Guardianship of

(En lo referente a la tutela de)

Case Number:

(Número de caso: ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name of Protected Adult

(Nombre del adulto protegido)

**LETTERS OF APPOINTMENT AS  
PERMANENT GUARDIAN of an ADULT  
and ACCEPTANCE OF LETTERS**

(*CARTAS DE NOMBRAMIENTO COMO TUTOR  
PERMANENTE de un ADULTO y ACEPTACIÓN  
DE LAS CARTAS*)

### ISSUANCE OF LETTERS:

(EXPEDICIÓN DE CARTAS:)

1. (Guardian's  
Name:) \_\_\_\_\_

is appointed as guardian for the above-named adult, or  person at least 17.5 years  
of age to become effective on reaching the age of 18 on this date: \_\_\_\_\_

((Nombre del tutor:) queda nombrado como tutor del adulto antes mencionado o de la persona  
que tiene por lo menos 17.5 años de edad, tutela que entrará en vigor cuando cumpla los  
18 años de edad en esta fecha:)

2. Reason for appointment: The above-named adult is an incapacitated person.

(Razón del nombramiento: El adulto antes nombrado es una persona incapacitada.)

3. Length of appointment: until further order of this court.

(Duración del nombramiento: hasta que el tribunal ordene lo contrario.)

**4. Restrictions that apply to this permanent appointment, by order of the court:**  
(Restricciones que se aplican a este nombramiento permanente, por orden del tribunal:)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. INPATIENT MENTAL HEALTH CARE:**  
(CUIDADO DE LA SALUD MENTAL COMO PACIENTE INTERNADO:)

The Guardian  does not have, or  has authority to place the ward in an Inpatient Psychiatric Facility for inpatient mental health care and treatment. This authority expires on \_\_\_\_\_ (date).

(El tutor no tiene o sí tiene la autoridad de poner al pupilo en una institución psiquiatra para pacientes hospitalizados para cuidado y tratamiento de salud mental como paciente hospitalizado. Esta autoridad se vence el \_\_\_\_\_ (fecha).)

**6. DRIVING PRIVILEGES:**  
(PRIVILEGIOS PARA CONDUCIR:)

The Ward's right to obtain or retain a driver's license is suspended.  
(Se suspende el derecho del Pupilo de obtener o mantener una licencia de conducir.)

The Ward's right to obtain or retain a driver's license is NOT suspended.  
(NO se suspende el derecho del Pupilo / persona incapacitada a votar.)

**7. VOTING RIGHTS:**  The Ward/Incapacitated Person's right to vote is NOT suspended.  
(DERECHO A VOTAR: NO se suspende el derecho del Pupilo/de la persona incapacitada a votar.)

**WITNESS:** \_\_\_\_\_  
(TESTIGO:)

**CLERK OF SUPERIOR COURT**  
(SECRETARÍA DEL TRIBUNAL SUPERIOR)

**SEAL / (SELLO)**

**By / (Por)** \_\_\_\_\_  
**Deputy Clerk / (Secretario auxiliar)**

**ACCEPTANCE OF LETTERS OF APPOINTMENT**  
*(ACEPTACIÓN DE LAS CARTAS DE NOMBRAMIENTO)*

**I accept the duties as permanent guardian of**  
*(Acepto los deberes y obligaciones como tutor permanente de)* \_\_\_\_\_

**(Name of Incapacitated Person)**  
*(Nombre de la persona incapacitada)*

\_\_\_\_\_  
**Date / Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Signature of Guardian**  
*(Firma del tutor)*

\_\_\_\_\_  
**Printed Name of Guardian**  
*(Nombre del tutor en letra de molde)*