GUARDIANSHIP

For an Adult

(TUTELA

para un adulto)

NO HAGA COPIAS O
PRESENTE DE ESTA PAGINA

1

OR a person at least 17.5 years old, to *become effective* at age 18

(O una persona al menos 17,5 años de edad, Para ser eficaces a la edad de 18 años)

Part 1: Preparing the First Court Papers

(Parte 1: Preparación de los primeros documentos judiciales)

(Forms Packet)

(Serie de formularios)

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED
PBGA1fs – **5217** - 102016

CENTRO DE AUTOSERVICIO

DESIGNACIÓN DE UN TUTOR PARA UN ADULTO
(o para una persona de por lo menos 17.5 años de edad)

LISTA DE VERIFICACIÓN

Podrá usar los formularios e instrucciones en este paquete si . . .

- ✓ *Usted desea que el tribunal nombre a un tutor para un adulto incapacitado o para una persona que tiene por lo menos 17 y medio años de edad que necesitará un tutor cuando se convierta en adulto, Y*
- ✓ *Se necesitará un tutor por **más de 6 meses** (Remítase al paquete separado de "Órdenes provisionales" si se anticipa que se necesitará un tutor **por 6 meses o menos**) Y*
- ✓ *La persona que necesita el tutor vive en el Condado Maricopa. Y*
- ✓ *Un médico u otra persona autorizada por la ley de Arizona A.R.S. § 14- 5303(C) se dice que la persona discapacitada necesita un tutor o necesita un tutor cuando él o ella se convierte en un adulto, Y*
- ✓ *Usted sabe que el tribunal no necesita también (o en su lugar) nombrar a un curador.**

POR LO GENERAL SE NECESITA UN CURADOR:

- *Porque la persona para la que se va a nombrar un curador tiene bienes que se desperdiciarán o agotarán a menos que se brinde una administración apropiada, y esta persona necesita (o necesitará) fondos para su manutención, cuidado y bienestar, o se necesitan los fondos para la manutención, cuidado y bienestar de las personas con derecho a manutención por parte de la persona de la que se dice que necesita al curador.*

****POR LO GENERAL SE NECESITA UN TUTOR:***

- *Porque la persona para la que se nombrará un tutor por razones mentales o físicas no es capaz de satisfacer todas sus propias necesidades y necesita una persona que esté legalmente autorizada y sea responsable para hacer lo que más convenga a la persona para la que se nombrará un tutor.*

**** Nota:*** *Usted puede presentar los documentos para el nombramiento de un tutor para una persona que tenga por lo menos 17 y medio años de edad, el nombramiento entrará en vigor cuando la persona cumpla los 18 años de edad.*

LÉASE: *Se recomienda que consulte con un abogado antes de presentar sus documentos ante el Tribunal para evitar resultados inesperados. En el sitio web del Centro de Auto-Servicio se ofrece una lista de abogados que pueden aconsejarle sobre el manejo del caso o para desempeñar determinadas funciones, además de una lista de mediadores aprobados por el tribunal.*

NO HAGA COPIAS O PRESENTE DE ESTA PAGINA

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

CENTRO DE AUTOSERVICIO

TUTELA

OBTENER UN NOMBRAMIENTO PERMANENTE PARA UN ADULTO

***o** para una persona que tenga por lo menos 17.5 años de edad*
que entrará en vigor a los 18 años de edad

Parte 1: Cómo preparar los primeros documentos judiciales

(Sólo formularios)

*Esta serie de documentos (paquete) contiene formularios judiciales e instrucciones para la presentación para obtener un nombramiento permanente para un adulto o para una persona que tenga por lo menos 17.5 años de edad que entrará en vigor a los 18 años de edad. Los artículos indicados en **NEGRILLA** son formularios que deberá presentar ante el Tribunal. Los artículos que no están en negrilla son instrucciones o procedimientos. ¡No copie ni presente esas páginas!*

Orden	*Número de expediente*	*Título*	*Núm. de páginas*
1	*PBGA1ks*	*Lista de control: Puede usar estos formularios si...*	*1*
2	*PBGA1fts*	*Tabla de materias (esta página)*	*1*
3	*PB10fs*	*"**Hoja de portada de información para casos testamentario**"*	*3*
4	*PBGA11fs*	*"**Petición de designación permanente de tutor para un adulto**"*	*12*
5	*PBGC13fs*	*"**Declaración jurada de la persona que se nombrará**"*	*7*
6	*PBGCA12fs*	*"**Hoja de información sobre el/la Peticionante para el investigador del tribunal** "*	*3*
7	*PBGC14fs*	*"**Orden para nombrar un abogado, profesional de salud, investigador del tribunal**"*	*3*
8	*PBGCA15fs*	*"**Directrices para el informe del profesional de salud**" (instrucciones y formulario juntos)"*	*9*
9	*PBGC18fs*	***"Notificación de audiencia"***	*2*
10	*PBGC19fs*	*(Opcional) **"Renuncia a la notificación" y*** *(Opcional) **"Renuncia bajo los derechos de la Ley de Ayuda a Miembros de las Fuerzas Armadas"***	*4*
11	*PBGTM1s*	***"Manual de Capacitación de la Tutela"***	*11*

El Tribunal Superior de Arizona del Condado de Maricopa cuenta con los derechos de autor sobre los documentos que recibió. Se le autoriza utilizarlos con fines legítimos. Estos formularios no deberán usarse en la práctica no autorizada de la ley. El Tribunal no asume responsabilidad alguna y no acepta obligación alguna por las acciones de los usuarios de estos documentos, ni por la confiabilidad de su contenido. Estos documentos se revisan continuamente y tienen vigencia sólo para la fecha en que se reciben. Se le recomienda verificar constantemente que posea los documentos más actualizados.

NO HAGA COPIAS O PRESENTE DE ESTA PAGINA

FOR CLERK'S USE ONLY
(Para uso de la Secretaria solamente)

SUPERIOR COURT OF ARIZONA IN MARICOPA COUNTY

(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA DEL CONDADO MARICOPA)

PROBATE INFORMATION COVER SHEET

(HOJA DE PORTADA DE INFORMACIÓN PARA CASOS TESTAMENTERIOS)

Case Number: PB
(Número de caso: PB) _____

A person needing a guardian or conservator is the "*ward*". A person who died is the "*decedent*".
*(A una persona que necesita un tutor o curador se la conoce como el **"pupilo"**. Una persona que ha muerto es el **"difunto"**.)*

INFORMATION ABOUT THE WARD or THE DECEDENT

(INFORMACIÓN ACERCA DEL PUPILO o EL DIFUNTO)

NAME: / *(NOMBRE:)* _____ **DATE OF BIRTH:** *(FECHA DE NACIMIENTO:)* _____

MAILING ADDRESS : *(DOMICILIO POSTAL:)* _____

STREET ADDRESS (if different)**:** *(DOMICILIO FÍSICO (si es distinto):)* _____

TELEPHONE (Home): *(NÚM. DE TELÉFONO (casa):)* _____ **SSN: /** *(NÚM. DE SEGURO SOCIAL:)* _____

TELEPHONE (Cellular): *(NÚM. DE TELÉFONO (celular))* _____ **EMAIL: /** *(CORREO ELECTRÓNICO:)* _____

☐ **ADDITIONAL WARDS ARE INVOLVED. Information listed separately.**
(HAY OTROS PUPILOS INVOLUCRADOS. Se incluye la información por separado.)

INFORMATION ABOUT THE PETITIONER, the person filing these papers.

(INFORMACIÓN SOBRE EL PETICIONANTE, la persona que está presentando estos documentos.)

NAME: / *(NOMBRE:)* _____

MAILING ADDRESS : *(DOMICILIO POSTAL:)* _____

TELEPHONE: *(NÚM. DE TELÉFONO)* _____ **EMAIL: /** *(CORREO ELECTRÓNICO:)* _____

INFORMATION ABOUT PETITIONER'S ATTORNEY: *(INFORMACIÓN SOBRE EL ABOGADO DEL PETICIONANTE:*

☐ **Petitioner is not represented by an attorney, *or***
El peticionante no está representado por un abogado, o)

NAME: / *(NOMBRE:)* _____ **BAR #** *(# DEL COLEGIO DE ABOGADOS)* _____

TELEPHONE: *(NÚM. DE TELÉFONO)* **EMAIL: /** *(CORREO ELECTRÓNICO:)*

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

Case No. _____
(Número de caso)

☐ **An INTERPRETER IS NEEDED for this language:**
(Se NECESITA UN INTÉRPRETE para este idioma:) _____ **By** / *(por)*

(List Names of) Persons who need interpreter:
((Indique los nombres de) Personas que necesitan un intérprete)

Name:
(Nombre:) _____

Name:
(Nombre:) _____

Name:
(Nombre: _____

STAFF USE ONLY: REASON FEES NOT PAID: ☐ **Government Charge** ☐ **Deferred**
(PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE: Razón Por La Que No Se Han Pagado Los Honorarios:) *(Cargo del gobierno Prorrogados)*

NATURE OF ACTION: Place an "X" next to number which describes the nature of the case. Check only ONE.
(NATURALEZA DE LA ACCIÓN: Coloque una "X" junto al número que describe la naturaleza del caso. Marque sólo UNO.)

200 ESTATE / *(PATRIMONIO SUCESORIO)*
____ 201 **Formal Appointment of Personal Representative** / *(Nombramiento formal de un representante personal)*
____ 202 **Informal Appointment of Personal Representative** / *(Nombramiento informal de un representante personal)*
____ 203 **Ancillary Administration** *(Administración auxiliar)*
____ 204 **Affidavit of Succession to Realty** / *(Declaración jurada de sucesión de bienes inmuebles)*
____ 205 **Trust Administration** *(Administración de un fideicomiso)*
____ 206 **Formal Probate of Will** *(Homologación formal de un testamento)*
____ 207 **Informal Probate of Will** *(Homologación informal de un testamento)*
____ 208 **Proof of Authority** *(Comprobante de autoridad)*
____ 210 **Other** /*(Otro)*_____
Specify /*(Especifique)*
____ 211 **Single Transaction/Limited Conservatorship** *(Transacción única/Curatela limitada)*
____ 212 **Foreign Domicilliary** *(Domiciliario extranjero)*

220 CONSERVATOR / *(CURADOR)*
____ 221 **Minor** / *(Menor)*
____ 222 **Adult Incapacitated Person** *(Persona adulta incapacitada)*

230 GUARDIANSHIP / *(TUTELA)*
____ 231 **Minor** / *(Menor)*
____ 232 **Adult (including those with Dementia, Alzheimer's)** / *(Adulto (incluyendo aquellos con demencia, enfermedad de Alzheimer))*
____ 233 **Adult Requiring In-Hospital Mental Health Treatment** / *(Adulto Exigir Salud En-Hospital Mental tratamiento)*

240 GUARDIANSHIP-CONSERVATOR COMBINATION
(COMBINACIÓN TUTELA-CURATELA)
____ 241 **Minor** / *(Menor)*
____ 242 **Adult Protected Incapacitated Person** (**including Dementia and Alzheimer's**) *(Persona adulta protegida incapacitada) (incluye demencia y enfermedad de Alzheimer))*
____ 243 **Adult Protected Incapacitated Person** (**Mental Health Powers**) (**Only if needs inpatient behavioral or mental health treatment**) *(Persona adulta protegida incapacitada (poderes de salud mental)) (**Sólo** si necesita tratamiento de salud mental o terapia conductual como paciente internado)*

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

Case No. _____
(Número de caso)

INFORMATION ABOUT THE FIDUCIARY, *(INFORMACIÓN ACERCA DEL FIDUCIARIO,)* **the person to serve as guardian, conservator, or personal representative (executor) of the Estate of someone who died.** *(la persona que actúa como tutor, curador, o Representante personal (ejecutor) del patrimonio sucesorio de una persona que ha fallecido.)*

NAME: *(NOMBRE:)* _____	**DATE OF BIRTH:** *(FECHA DE NACIMIENTO:)* _____
MAILING ADDRESS: *(DOMICILIO POSTAL:)* _____	
STREET ADDRESS: (if different) *(DOMICILIO: (si es distinto))* _____	
TELEPHONE (Home): *(NÚM. DE TELÉFONO (casa):)* _____	**SSN:** / *(NÚM. DE SEGURO SOCIAL:)* _____
TELEPHONE (Cellular): *(NÚM. DE TELÉFONO (celular))* _____	**EMAIL:** *(CORREO ELECTRÓNICO:)* _____
TELEPHONE (Work): *(NÚM. DE TELÉFONO (trabajo):)* _____	**CERTIFICATION #** *(NÚM. DE CERTIFICACIÓN)* _____ **(for State-Licensed Fiduciaries ONLY)** *(sólo para fiduciarios con licencia del estado)*

RELATIONSHIP TO THE WARD OR (if an estate matter) THE DECEDENT: *(RELACIÓN CON EL PUPILO O (si es un asunto relacionado con un patrimonio sucesorio) EL DIFUNTO:)*						
PHYSICAL DESCRIPTION: *(DESCRIPCIÓN FÍSICA:)*	**RACE:** *(RAZA:)*		**HEIGHT** *(ESTATURA)*		**WEIGHT:** *(PESO:)*	
	EYE COLOR: *(COLOR DE LOS OJOS:)*			**HAIR COLOR:** *(COLOR DEL CABELLO:)*		

By signing below, I state to the Court under penalty of perjury that the contents of this document are true and correct to the best of my knowledge and belief.
(Con mi firma a continuación, declaro ante el Tribunal, bajo pena de perjurio, que el contenido de este documento es verdadero y correcto según mi mejor saber y entender.)

_____
Petitioner or Attorney Signature / *(Firma del peticionante o abogado)*

NOTICE / *(AVISO)*

SUBMIT THIS FORM WITH NEW CASES ONLY.
If there is already a (Maricopa County) Probate Court case number and you are filing in an existing Superior Court case in Maricopa County, DO NOT SUBMIT THIS FORM.
(PRESENTE ESTE FORMULARIO SOLAMENTE PARA CASOS NUEVOS.
Si ya hay un número de caso del Tribunal Testamentario (del Condado Maricopa) y usted está haciendo la presentación en un caso del Tribunal Superior del Condado Maricopa existente, NO PRESENTE ESTE FORMULARIO.)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

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:)*_____

FOR CLERK'S USE ONLY
(Para uso de la Secretaria solamente)

Representing ☐ **Self, without a Lawyer or** ☐ **Attorney for** ☐ **Petitioner OR** ☐ **Respondent**
(Representando Sí mismo, sin un abogado o Abogado para Peticionante O Demandado)

SUPERIOR COURT OF ARIZONA IN MARICOPA COUNTY
(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA DEL CONDADO MARICOPA)

In the Matter of the Guardianship of:
(En lo referente a la tutela de:)

_____
Name of Person to be Protected
(Nombre de la persona a la que se protegerá)

Case Number PB:
(Número de caso PB:) _____

PETITION FOR PERMANENT APPOINTMENT OF GUARDIAN FOR AN ADULT, or
(PETICIÓN PARA EL NOMBRAMIENTO PERMANENTE DE UN TUTOR PARA UN ADULTO, o)

☐ **a Minor at least 17.5 years of age, to become effective at age 18**
(un menor de por lo menos 17.5 años de edad, la que entrará en vigor a los 18 años de edad)

UNDER OATH OR BY AFFIRMATION:
(BAJO JURAMENTO O AFIRMACIÓN:)

INFORMATION REQUIRED BY ARIZONA LAW (A.R.S. § 14-5303)
(INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA LEY DE ARIZONA (A.R.S. § 14-5303))

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED
APE

1. INFORMATION ABOUT THE PETITIONER (the person filing this petition)

(INFORMACIÓN SOBRE EL PETICIONANTE (la persona que está presentando esta petición))

(My) Name:
((Mi) nombre:) _____

Address:
(Domicilio:) _____

Telephone:
(Núm. de teléfono:) _____

Date of Birth:
(Fecha de nacimiento:) _____

My interest in or relationship to the person to be protected is:
(Mi interés en o mi relación con la persona a la que se protegerá es:) _____

_____

(examples: mother, father, sister, brother, grandparent, legal guardian)
(ejemplos: Madre, padre, hermana, hermano, abuelo, abuela, tutor legal)

2. INFORMATION ABOUT THE PERSON TO BE PROTECTED (also known as "*the proposed protected person*" or "*the ward*")

(INFORMACIÓN ACERCA DE LA PERSONA A LA QUE SE PROTEGERÁ (a la que también se le conoce como "la persona protegida propuesta" o "el pupilo"))

Name:
(Nombre:) _____

Address:
(Domicilio:) _____

Telephone:
(Núm. de teléfono:) _____

Date of Birth:
(Fecha de nacimiento:) _____

3. INFORMATION ABOUT THE PROPOSED GUARDIAN:

(INFORMACIÓN ACERCA DEL TUTOR PROPUESTO:)

(Complete this *only* if the proposed guardian is someone <u>other than</u> Petitioner.)
(Llenar esto solamente si el tutor propuesto es una persona <u>que no sea</u> el Peticionante.)

A. **Name:**
(Nombre:) _____

Address:
(Domicilio:) _____

Telephone:
(Núm. de teléfono:) _____

Date of Birth:
(Fecha de nacimiento:) _____

Interest in or relationship to the person to be protected is:
(Mi interés en o mi relación con la persona a la que se protegerá es:) _____

_____

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED
APE

B. PRIORITY FOR APPOINTMENT: The proposed guardian named above has priority for appointment as guardian under Arizona law A.R.S. § 14-5311, because he or she:
(PRIORIDAD PARA EL NOMBRAMIENTO: El tutor propuesto antes mencionado tiene prioridad para el nombramiento como tutor bajo la ley de Arizona A.R.S. § 14-5311 porque:)

☐ **was selected by the (proposed) ward to be the guardian;**
(el pupilo (propuesto) seleccionó a esta persona para que sea el tutor;)

☐ **was nominated to serve as guardian in the ward's most recent durable power of attorney or health care power of attorney;**
(se le nominó para que se desempeñe como tutor en el poder notarial duradero o poder legal para cuidado de la salud más reciente;)

☐ **is the spouse of the ward;** */ (es el(la) cónyuge del pupilo;)*

☐ **is an adult child of the ward;** */ (es un hijo adulto del pupilo;)*

☐ **is a parent of the ward, or was nominated in a will or writing signed by a deceased parent of the ward;** */ (es uno de los padres del pupilo, o se le nominó en un testamento o escritura por uno de los padres ya difunto del pupilo;)*

☐ **is a relative the ward has lived with for more than six months before filing this petition;** */ (es un pariente con el que el pupilo ha vivido por más de seis meses antes de la presentación de esta petición;)*

☐ **was chosen by someone who is caring for or paying benefits to the ward;**
(alguien que está cuidando al pupilo o pagando beneficios lo eligió;)

☐ **is a private fiduciary, a professional guardian, conservator, or the Arizona Department of Veterans' Services.** */ (es un fiduciario privado, un tutor profesional, un curador o el Departamento de Servicios a los Veteranos de Arizona.)*

☐ **Other (explain):**
*(Otro (explique):)*_____

_____

4. INFORMATION ABOUT CONSERVATOR (OR OTHER GUARDIAN):
(INFORMACIÓN ACERCA DEL CURADOR (U OTRO TUTOR):)

To the best of my knowledge: (Check one box.)
(Según mi leal saber y entender: (Marque una casilla.))

☐ **No Guardian or Conservator has been appointed in any other court, and no court proceedings are pending for such appointment;**
(No se ha nombrado a ningún tutor o curador en ningún otro tribunal y no hay pendiente ninguna acción judicial para dicho nombramiento;)

OR */ (O)*

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED
APE

☐ **Someone *has* been appointed Guardian or Conservator, *or* court proceedings are pending. *(If "yes", provide details below.)***
(Se ha nombrado a alguien como tutor o curador, o hay acciones judiciales pendientes. (Si contestó "sí", suministre detalles a continuación.))

Name:
(Nombre:) _____

Address:
(Domicilio:) _____

Telephone:
(Núm. de teléfono:) _____

Date of Birth:
(Fecha de nacimiento:) _____

Relationship to the person to be protected is:
(La relación con la persona a la que se protegerá es:) _____

Was appointed ☐ **GUARDIAN** ☐ **CONSERVATOR for the ward named in #2 above in:**
(Fue nombrado TUTOR CURADOR para el pupilo indicado en el #2 anterior en:)

Name of Court:
(Nombre del Tribunal:) _____

Located in:
(Ubicado en:)

City and State:
(Ciudad y estado:) _____

Date Appointed:
(Fecha del nombramiento:) _____

Other Details:
(Otros detalles:) _____

_____

☐ **There are or have been other court cases involving the ward. (If other court cases of any type, including "custody" matters" or involvement with Child or Adult Protective Services, describe below, including type of case, name of court or agency involved, location, and date).**
(Hay o ha habido otros casos judiciales que involucraron al pupilo. (Si ha habido casos judiciales de cualquier tipo, inclusive asuntos pertinentes a la "custodia" o en conexión con agencias de protección de menores o adultos, descríbalos a continuación, incluyendo el tipo de caso, el nombre del tribunal o agencia involucrada, lugar y fecha).)

_____

_____

_____

☐ **Continues on attachment titled "Additional Cases or Agency Matters", made part of this document by reference.**
(Continúa en el anexo titulado "Casos o asuntos de la agencia adicionales" que pasa a formar parte de este documento por referencia.)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED
APE

5. INFORMATION ABOUT NEAREST RELATIVE:
(INFORMACIÓN ACERCA DEL PARIENTE MÁS CERCANO:)

The nearest known relative is ☐ the Petitioner ☐ the proposed conservator ☐ NEITHER.
(El pariente más cercano conocido es el Peticionante el curador propuesto NINGUNO DE ESTOS.)

Name:
(Nombre:) _____
Address:
(Domicilio:) _____
Telephone:
(Núm. de teléfono:) _____

Relationship to the person to be protected is:
(La relación con la persona a la que se protegerá es:) _____

6. PROPERTY AND ASSETS OF THE PROPOSED PROTECTED PERSON: (Check one)
(BIENES Y ACTIVOS DE LA PERSONA PROTEGIDA PROPUESTA: (Marque una opción))

☐ **The ward has <u>no</u> substantial assets or income. No bond is required;**
(El pupilo <u>no</u> tiene ingresos ni activos sustanciales. No se requiere una fianza (garantía);)

OR */ (O)*

☐ **The ward <u>has</u> assets and/or annual income in the approximate amount of**
(El pupilo <u>tiene</u> activos y/o ingresos anuales por un monto aproximado de)

$ _____ **List/Describe:** *(Mencione/describa:)* _____

_____

_____

7. REASONS FOR GUARDIANSHIP: The proposed ward needs a guardian because he or she is incapacitated as defined by Arizona Law, A.R.S. §14-5101(1), to the extent that he or she lacks sufficient understanding or ability to make or communicate responsible decisions concerning his or her own well-being and self-interests. Appointment of a guardian is necessary or desirable to provide continuing care and supervision of the person, and is in his or her best interests.
(RAZONES DE LA TUTELA: El pupilo propuesto necesita un tutor porque está incapacitado según como lo define la ley de Arizona en el Código Estatal Revisado, A.R.S. §14-5101(1), de manera que el pupilo no tiene la suficiente comprensión o capacidad de tomar o comunicar decisiones responsables pertinentes a su bienestar e intereses personales. El nombramiento de un tutor es necesario o deseable para brindar cuidado y supervisión continuos de la persona, y es beneficio de esta persona.)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED
APE

THE PERSON TO BE PROTECTED IS INCAPACITATED AND IN NEED OF CONTINUING CARE AND SUPERVISION DUE TO: (Check all that apply):
(LA PERSONA A LA QUE DEBE PROTEGERSE ESTÁ INCAPACITADA Y NECESITA CUIDADO Y SUPERVISIÓN CONTINUOS DEBIDO A: (Marque todas las casillas pertinentes):)

☐ **Mental illness, mental deficiency, mental disorder as defined by A.R.S. § 36-3501;**
(Enfermedad mental, deficiencia mental, trastorno mental según como lo define la ley de Arizona en el Código Estatal Revisado, A.R.S. §36-3501;)

☐ **Chronic use of drugs;**
(Uso crónico de drogas;)

☐ **Physical illness or disability;**
(Enfermedad o incapacidad física;)

☐ **Chronic intoxication;**
(Ebriedad crónica;)

☐ **Other (explain):**
(Otro (explique):) _____

8. TYPE OF GUARDIANSHIP: LIMITED OR GENERAL: (A.R.S. § 14-5303(B)(8))
(TIPO DE TUTELA: LIMITADA O GENERAL: (A.R.S. § 14-5303(B)(8)))

A. ☐ **A LIMITED GUARDIANSHIP is requested with the following specific powers:**
(Se solicita la TUTELA LIMITADA con los siguientes poderes específicos:)

1. Authority for the guardian to:
(Autoridad para que el tutor:)

☐ **Consent to Medical Treatment**
(Dar su consentimiento para el tratamiento médico)

☐ **Consent to Make Living Arrangements**
(Dar su consentimiento para que se hagan arreglos en materia de vivienda)

☐ **Arrange Education or Training**
(Hacer los arreglos necesarios para la educación o capacitación)

☐ **Consent to Marriage**
(Dar su consentimiento para el matrimonio)

☐ **Apply for Public Assistance or Social Services**
(Solicitar asistencia pública o servicios sociales)

☐ **Consent to Outpatient Mental Health Care and Treatment**
(Dar su consentimiento para tratamiento y cuidado de salud mental como paciente ambulatorio)

2. INPATIENT Mental Health Powers: The ward is incapacitated as a result of mental health disorder as defined in A.R.S. § 36-501.
(Poderes para servicios de salud mental como paciente internado: El pupilo está incapacitado como resultado de un trastorno de salud mental según lo define el A.R.S. § 36-501.)

☐ **Authority is requested for the Guardian to place the ward in an Inpatient Psychiatric Facility for inpatient mental health care and treatment. This request is supported by the opinion of a licensed psychiatrist or psychologist, attached to and made part of this document by reference.**

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED
APE

(Se solicita la autoridad para que el tutor pueda colocar al pupilo en una institución de salud conductual de nivel uno para cuidado y tratamiento de salud mental como paciente internado. Esta solicitud está respaldada por la opinión de un psiquiatra o psicólogo autorizado, la que se anexa y pasa a formar parte de este documento por referencia.)

3. ☐ **OTHER LIMITED POWERS REQUESTED: (List and Describe)**
(OTROS PODERES LIMITADOS SOLICITADOS: (Indique y describa))

_____

_____

B. ☐ **GENERAL GUARDIANSHIP is requested. As required by Arizona law, A.R.S. §14-5303(B)(8), less restrictive alternatives to general guardianship, including technological assistance, have been considered, *however:* (Check the box if true*)**
*((LA TUTELA GENERAL se solicita. Como requerido por ley de Arizona, A.R.S. El §14-5303(B)(8), las alternativas menos restrictivas a la tutela general, incluso la ayuda tecnológica, se han considerado, sin embargo: (Compruebe la caja si verdadero *))*

☐ **The proposed ward is incapacitated in a manner or to an extent that a limited guardianship would not adequately protect and provide for the proposed ward's care and well-being. (Optional additional information)**
(El pupilo propuesto está incapacitado de una manera o hasta un punto en que una tutela limitada no protegería ni cubriría adecuadamente el cuidado y bienestar del pupilo propuesto. (Optional additional information))

_____

_____

_____

*** For the court to order a general guardianship, you must check the box and be prepared to offer clear and convincing evidence that less restrictive means of meeting the proposed ward's demonstrated needs would not be sufficient. (A.R.S. § 14-5304(B))**
(Para que el tribunal ordene una tutela general, será necesario que usted marque la casilla y esté preparado para ofrecer prueba concluyente de que medios menos restrictivos de cumplir con las necesidades demostradas del pupilo no serían suficientes. (A.R.S. § 14-5304(B)))*

NOTE: A *general* guardianship includes authority to consent to *outpatient* mental health treatment for the ward, but the Court must specifically grant authority to place the ward in an inpatient mental health facility. Check the box below if the best interests of the incapacitated person require the Guardian to have this authority.
(NOTA: Una tutela general incluye la autoridad para dar su consentimiento para el tratamiento de salud mental como paciente ambulatorio para el pupilo, pero el Tribunal tiene que otorgar específicamente la autoridad para colocar al pupilo en una institución de salud mental como paciente internado. Marque la casilla a continuación si lo que más conviene a la persona incapacitada requiere que el tutor tenga esta autoridad.)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED
APE

☐ **INPATIENT Mental Health Powers: Authority is requested for the Guardian to place the ward in an Inpatient Psychiatric Facility for inpatient mental health care and treatment. This request is supported by the opinion of a licensed psychiatrist or psychologist, attached to and made part of this document by reference.**
(Poderes de salud mental como PACIENTES HOSPITALIZADOS: Se solicita la autoridad para que el tutor pueda colocar al pupilo en una institución psiquiatra para pacientes hospitalizados para cuidado y tratamiento de salud mental como paciente hospitalizado. Esta solicitud está respaldada por la opinión de un psiquiatra o psicólogo autorizado, la que se anexa y forma parte de este documento.)

C. (Limited or General) DRIVING PRIVILEGES AND VOTING RIGHTS: (A.R.S. §14-5304)
(PRIVILEGIOS PARA CONDUCIR (limitados o generales) Y DERECHOS A VOTOR: (A.R.S. §14-5304))

1. ☐ **The proposed ward's incapacity does not prevent or interfere with safe operation of a motor vehicle. Petitioner requests that the court not suspend the ward's privilege to obtain or retain a driver's license. Medical or other evidence will be presented in support of this statement and request.**
(La incapacidad del pupilo no le impide o no interfiere con la operación segura de un vehículo motorizado. El Peticionante solicita que el tribunal no suspenda el privilegio del pupilo de obtener o mantener su licencia de conducir. Se presentará evidencia médica u otra evidencia como respaldo de esta declaración y petición.)

2. ☐ **The Petitioner believes the proposed ward has sufficient capacity and understanding to exercise the right to vote. On behalf of the proposed ward, the Petitioner hereby petitions the court to consider the issue and hold a hearing at the same time as this Petition. Clear and Convincing evidence will be presented that the proposed ward has sufficient understanding to exercise the right to vote.**
(El Peticionante piensa que el pupilo propuesto tiene una capacidad y comprensión suficientes para ejercer su derecho a votar. En nombre del pupilo propuesto, por el presente el Peticionante solicita al tribunal que considere el asunto y tenga una audiencia a la misma vez que esta petición. Se presentará prueba concluyente de que el pupilo propuesto tiene la comprensión suficiente para ejercer su derecho a votar.)

9. INFORMATION ABOUT OTHER COURT or AGENCY INVOLVEMENT
(INFORMACION SOBRE LA IMPLICACION DEL OTRO TRIBUNAL O AGENCIA)

A. Other Court Cases (Mark the box beside the statements below that are TRUE.)
(Otros casos judiciales (Marque la casilla que corresponde a la todas las declaraciones VERDADERAS.))

1. Divorce, Legal Separation, or Paternity cases with court orders
(Casos de Divorcio, Separación legal, o Paternidad con ordines judiciales)

☐ **There are NO Divorce, Legal Separation, or Paternity court orders or cases, that include**
***(No** hay **casos ni órdenes judiciales** para Divorcio, Separación legal, o Paternidad que incluyen la toma de decisiones legales (custodia) o tiempo de crianza (visitación) para la persona presuntamente incapacitada.)*

☐ **YES, a Court Order exists for a Divorce, Legal Separation, or Paternity case involving the alleged incapacitated person.**
(Sí, una orden judicial existe para un caso de divorcio, separación legal o paternidad involucrando la persona presuntamente incapacitada.)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED
APE

● **The name of Arizona or other state Court where the above case is located:**
_____.
(El nombre del tribunal de Arizona o del otro estado donde el caso antes mencionado está archivado es:)

● **The name of the Arizona or other state case number for the above case is** _____.
(El número del caso para el caso antes mencionado de Arizona o de otro estado es)

☐ **The above case involved legal decision-making (legal custody) or parenting time (visitation).**
(El caso antes mencionado involucre la toma de decisiones legales (custodia legal) o tiempo de crianza (visitación).)

●**The petitioner or proposed guardian in the above-named case is:**
(El peticionante o tutor propuesto en el caso antes mencionado es:)

☐ **A parent of the alleged incapacitated person – or**
(Un padre de la persona presuntamente incapacitada – o)

☐ **A non-parent who has been awarded legal decision-making for the alleged incapacitated person.**
(Una persona no padre a quien fue otorgado la toma de decisiones legales para la persona presuntamente incapacitada.)

☐ **I attached a copy of the most recent court order regarding legal decision-making (legal custody) or parenting time (visitation) from the (Divorce, Legal Separation or Paternity) mentioned above. (On the top margin of the attached court order copy, write "Attachment for Question 2.A.)**
(Anexé una copia de la orden judicial más reciente en cuanto a la toma de decisiones legales, (custodia legal) o el tiempo de crianza (visitación) del (Divorcio, separación legal, o paternidad) antes mencionado. (En el margen superior de la copia de la orden judicial adjunta, escriba "El adjunto para la Pregunta 2. A.))

2. Other Guardianship or Conservatorship cases with court orders
(Otros casos de tutela o curatela con órdenes judiciales)

☐ **No Guardian or Conservator was appointed by court order in any other court, and no Guardianship and/or Conservatorship court proceedings are pending for such appointment;**
*(No tutor ni curado fue nombrado por orden judicial en ningún **otro** tribunal y no hay procedimientos pendientes de tutela ni curatela para nombrar a alguien;)*

☐ **Someone was appointed Guardian and/or Conservator, *or* Guardianship and/or Conservatorship court proceedings are pending. (If "yes", provide details below.)**
(Nombraron a alguien como tutor y/o curador, o los procedimientos judiciales de la tutela y/o curatela están pendientes.)

Name */ (Nombre)*:_____

Address */ (Dirección)*:_____

Telephone */ (Teléfono)*:_____

Date of Birth */ (Fecha de Nacimiento)*:_____

Relationship to the person to be protected is:_____
(Relación a la persona que se va a proteger es:)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED
APE

Was appointed ☐ **GUARDIAN** ☐ **CONSERVATOR for the alleged incapacitated.**
(Fue nombrado Tutor Curador para la persona presuntamente incapacitada.)

Name of Court */ (Nombre del tribunal)*:_____

Located in: City and State */ (Localizado en: Ciudad y estado)*:_____

Date Appointed */ (Fecha que fue nombrado)*:_____

Other Details */ (Otros detalles)* _____

_____

_____

B. Agency Involvement (Place a check mark beside the statements below that are true.)
(Participación de Agencia (Ponga una marca de verificación al lado de las declaraciones siguientes que son verdaderas.))

☐ **A state or local agency is NOT, or has NOT been involved or concerned with the alleged incapacitated person.**
(Una agencia local o estatal NO está o NO ha estado involucrado o preocupado por la persona presuntamente incapacitada.)

☐ **Yes, a state or local agency is, or has been involved or concerned with the alleged incapacitated person.**
(Sí, una agencia local o estatal es, o ha estado involucrado o preocupado por la persona presuntamente incapacitada.)

The following state or local agency has a case with or has checked on the alleged incapacitated person: (Mark the box beside the agency involved, and write in the date of involvement)
(La siguiente agencia estatal o local tiene un caso con o ha investigado a la persona presuntamente incapacitada: (Marque la casilla al lado de la agencia involucrada, y escribe la fecha de la participación))

☐ **Division of Aging and Adult Services**
(La División de Servicios de Adultos y el Envejecimiento)
☐ **Department of Child Safety**
(El Departamento de Seguridad para Niños)
☐ **Division of Developmental Disabilities**
(La División de las Discapacidades del Desarrollo)
☐ **Police** */ (La policía)*
☐ **Other Agency** */ (Otra agencia)*:_____

Authority granted to the guardian may include the authority to withhold or withdraw life sustaining treatment, including artificial food and fluid. (A.R.S. § 14-5303(B)).
(La autoridad que se otorga al tutor puede incluir la autoridad de rechazar o retirar tratamiento de mantenimiento de la vida, inclusive la provisión artificial de alimentos y líquidos. (A.R.S. § 14-5303(B)).)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED
APE

10. APPOINTMENT OF PHYSICIAN or other health professional authorized or required by A.R.S. § 14-5303(c) or § 14-5312(B): (Guardianship cannot be established *for an adult* unless the adult is examined by a medical doctor, registered nurse or psychologist whose written report is filed with the court before the hearing. If authority to consent to inpatient mental health care is requested, the report or a separate report recommending such authority must be prepared by a licensed psychiatrist or psychologist.)
(NOMBRAMIENTO DE UN MÉDICO u otro profesional de salud autorizado o exigido por A.R.S. § 14-5303(c) o § 14-5312(B): (No se puede establecer la tutela para un adulto a menos que un médico, enfermera diplomada o psicólogo examine al adulto y cuyo informe por escrito se presente ante el tribunal antes de la audiencia. Si se solicita la autoridad para el cuidado de salud mental como paciente internado, un psiquiatra o psicólogo autorizado debe preparar el informe o un informe separado que recomiende dicha autoridad.))

The proposed protected person will be examined by a physician or other health professional authorized by A.R.S. § 14-5303(C) or § 14-5312 (B)), whose written report I will file with the court. The examiner will also indicate whether the protected person's driving privileges should be suspended and whether inpatient mental health treatment is recommended.
(La persona protegida propuesta será objeto de un examen por un médico u otro profesional de salud autorizado por A.R.S. § 14-5303(C) o § 14-5312 (B)), cuyo informe por escrito yo presentaré ante el tribunal. El examinador también deberá indicar si los privilegios para conducir de la persona protegida deberán suspenderse y si se recomienda tratamiento de salud mental como paciente internado.)

The person I say is in need of protection will be examined by:
(La persona que yo digo que necesita protección será examinada por:)

Name:
(Nombre:) _____

Address:
(Domicilio:) _____

Telephone: *(Núm. de teléfono:)* _____ **Email:** *(Correo electrónico:)* _____

Professional Title: *(Título profesional:* ☐ **Medical Doctor** *Médico* ☐ **Registered Nurse** *Enfermero diplomado* ☐ **Psychologist** *Psicólogo)*

11. APPOINTMENT OF AN ATTORNEY (Guardianship or conservatorship cannot be established *for an adult* who does not have an attorney appointed by the Court to represent his or her interests in court.) (Check one box only and fill in the information requested):
(NOMBRAMIENTO DE UN ABOGADO (No se puede establecer la tutela o curatela para un adulto para el que el Tribunal no haya nombrado un abogado para que represente sus intereses ante el tribunal.) (Marque sólo una casilla y anote la información solicitada):)

☐ **The person I say is incapacitated already has an attorney who I request be appointed to represent him or her in court regarding the proposed guardianship and conservatorship:**
(La persona que yo digo que está incapacitada ya tiene un abogado quien yo solicito se nombre para representarlo ante el tribunal en relación con la tutela o curatela propuesta:)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED
APE

Name of Attorney:
(Nombre del abogado:) _____

Address:
(Domicilio:) _____

Telephone Number:
(Número de teléfono:) _____

The prior relationship (if any) between the attorney and the Petitioner or the Ward consists of:
(La relación previa (de haberla) entre el abogado y el Peticionante o el pupilo consiste en:)

(Explain) / *((Explique))*

_____

_____

_____

OR / *(O)*

☐ **The incapacitated person does not have an attorney. I will contact the Office of Public Defense Services at (602) 506-7437, to arrange for a lawyer to be appointed by the court after this petition is filed.**
(La persona incapacitada no tiene un abogado. Me comunicaré con la Oficina de Servicios de Defensa Pública llamando al (602) 506-7437 para hacer los arreglos necesarios para que el tribunal nombre a un abogado después de la presentación de esta Petición.)

REQUIRED STATEMENTS TO THE COURT: (Note: All of these statements must be true for this court to have the authority to grant your Petition.)

(DECLARACIONES AL TRIBUNAL REQUERIDAS: (Nota: Todas estas declaraciones tienen que ser verdaderas para que este tribunal tenga la autoridad de conceder su petición.))

12. ☐ **TRUE** *(VERDADERO)* **Venue (the court in which you are filing this Petition) is proper in this county because the proposed protected person lives in or is present in this county.**
(La competencia territorial (el tribunal ante el cual está presentando esta petición) de este condado es apropiada porque la persona protegida propuesta vive o está presente en este condado.)

13. ☐ **TRUE** *(VERDADERO)* **The proposed guardian has completed the Affidavit of Person to be Appointed as Guardian of an Adult and is filing that Affidavit with this Petition as required by Arizona law, A.R.S. § 14-5106.**
(El tutor propuesto ha llenado la Declaración jurada de la persona a la que se nombrará como tutor de un adulto y está presentando esa declaración jurada junto con esta petición según lo exigido por la ley de Arizona, A.R.S. § 14-5106.)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED
APE

14. ☐ **TRUE** *(VERDADERO)* **I or the person I request to be appointed in section 3 is a suitable and proper person to act as guardian and is entitled to consideration for appointment under Arizona Law, A.R.S. §§ 14-5106, 14-5311, and/or 14-5410.**
(Yo, o la persona que yo estoy solicitando que se nombre en la sección 3 es una persona idónea y apropiada para desempeñarse como tutor y tiene el derecho a que se le considere para el nombramiento según la ley de Arizona, A.R.S. §§14-5106, 14-5311 y/o 14-5410.)

15. **PERSONS ENTITLED TO NOTICE of this matter under Arizona law §14-5405 and to whom I will give notice of this case: (See instructions.)**
(PERSONAS CON DERECHO A QUE SE LES NOTIFIQUE acerca de este asunto según la ley de Arizona §14-5405 y a las que notificaré acerca de este caso: (Refiérase a las instrucciones.))

	Name *(Nombre*	**Address** *Domicilio*	**Relationship to the Ward** *Relación con el pupilo)*
A.			
B.			
C.			
D.			

☐ **Additional persons (or agencies) are listed on attachment ("Additional Parties Entitled to Notice", made part of this document by reference.)**
(Se indican personas (o agencias) adicionales en el anexo ("Partes adicionales con derecho a que se les notifique" que pasa a ser parte de este documento por referencia.))

REQUESTS TO THE COURT: Petitioner asks the court to:
(SOLICITUDES AL TRIBUNAL: El Peticionante le solicita al tribunal que:)

1. **Appoint a lawyer to represent the proposed protected person's interests, a physician or other health professional authorized by A.R.S. §§ 14-5303 or 14-5312 to report on his or her physical and mental condition, as well as a court investigator;**
(Nombre a un abogado para que represente los intereses de la persona protegida propuesta, un médico u otro profesional de salud autorizado por A.R.S. §§ 14-5303 o 14-5312 para que informe acerca de su condición física y mental, así como a un investigador judicial;)

2. **After Petitioner gives notice of the hearing to all interested persons and to those required by law, hold a hearing to determine if the Court should order a Guardianship;**
(Después de que el Peticionante haga la notificación acerca de la audiencia a todas las personas interesadas y a aquellas personas a las que la ley exige notificar, que tenga una audiencia para determinar si el tribunal debería ordenar una tutela;)

3. **Make a finding that the person is incapacitated, needs a guardian, and if applicable, make a finding that the incapacitated person requires inpatient mental health care;**
(Haga una determinación de que la persona está incapacitada, necesita un tutor y, si procede, que haga una determinación de que la persona incapacitada requiere cuidado de salud mental como paciente internado;)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED
APE

4. **Make a finding that the person needs protection under law;**
(Determine que la persona necesita protección según la ley;)

5. **If a general guardianship is ordered, make a finding that less restrictive means, including technological assistance were considered, but not adequate or appropriate;**
(Si se ordena una tutela general, que haga una determinación de que se consideraron medios menos restrictivos, inclusive asistencia tecnológica, pero éstos no eran adecuados o apropiados;)

6. **Appoint the person proposed in this petition as Guardian of the protected person;**
(Nombre a la persona propuesta en esta petición como tutor de la persona protegida;)

7. **Make any other orders the Court decides are in the best interests of the proposed incapacitated person.**
(Emita toda otra orden que el Tribunal decida que es en beneficio de la persona incapacitada propuesta.)

UNDER OATH OR BY AFFIRMATION / *(BAJO JURAMENTO O PROTESTA)*

I swear or affirm under penalty of perjury that the contents of this document are true and correct to the best of my knowledge and belief.
(Juro y afirmo bajo pena de perjurio que el contenido de este documento es verdadero y correcto según mi mejor saber y entender.)

_____
Date / *(Fecha)*

_____
Signature / *(Firma)*

_____
Printed Name / *(Nombre impreso del firmante)*

STATE OF _____
(ESTADO DE)

COUNTY OF _____
(CONDADO DE)

Subscribed and sworn to or affirmed before me this: _____
(Jurado o aseverado ante mí en la fecha de hoy:) **(date)** / *(fecha)*

by / *(por)* _____.

(notary seal) / *(sello notarial)*

_____
Deputy Clerk or Notary Public
(Secretario Auxiliar o Notario público)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED
APE

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:)* _____

FOR CLERK'S USE ONLY
(Para uso de la Secretaria solamente)

Representing ☐ **Self, without a Lawyer or** ☐ **Attorney for** ☐ **Petitioner OR** ☐ **Respondent**
(Representando Sí mismo, sin un abogado o Abogado para Peticionante O Demandado)

SUPERIOR COURT OF ARIZONA IN MARICOPA COUNTY

(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA DEL CONDADO MARICOPA)

In the Matter of the Guardianship and/or Conservatorship of:
(En lo referente a Tutela y/o Curatela de:)

_____

☐ **an Adult or** ☐ **a Minor**
(un adulto o un menor)

Case Number: PB_____
(Número de caso: PB)

AFFIDAVIT OF PERSON TO BE APPOINTED GUARDIAN OR CONSERVATOR

A.R.S. § 14-5106
(DECLARACIÓN JURADA DE LA PERSONA QUE SE NOMBRARÁ COMO TUTOR O CURADOR A.R.S. § 14-5106)

INSTRUCTIONS: As required by Arizona law A.R.S. § 14-5106, indicate whether statements 1-11 below are true or false, and provide the information requested to complete "12" and "13". Explain any "false" statements on separate page(s) and attach to this document before filing. Sign the document in the presence of a Clerk of the Court or a Notary Public, and file along with the *Petition for Appointment of Guardian and/or Conservator*.

(INSTRUCCIONES: *Según lo requerido por la ley de Arizona A.R.S. § 14-5106, indique si las declaraciones 1-11 a continuación son verdaderas o falsas y suministre la información solicitada para llenar "12 y "13". Explique todas las declaraciones "falsas" en una página o páginas separadas y anexe la página o páginas a este documento antes de presentarlo. Firme el documento ante la Secretaría del Tribunal o un notario público, y preséntelo junto con la* ***Petición para el nombramiento de un tutor y/o curador.)***

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

UNDER PENALTY OF PERJURY, I SWEAR OR AFFIRM:
(BAJO PENA DE PERJURIO, JURO O AFIRMO:)

1.	☐**True or** ☐**False** *(Verdadero o Falso)*	**I have not been convicted of a felony in any jurisdiction.** *(No se me ha declarado culpable de un delito en ninguna jurisdicción.)*
2.	☐**True or** ☐**False** *(Verdadero o Falso)*	**I have not acted as a guardian or conservator for another person for at least three years before I filed this Petition.** *(No me he desempeñado como tutor o curador para otra persona durante por lo menos tres años antes de presentar esta petición.)*
3.	☐**True or** ☐**False** *(Verdadero o Falso)*	**I know and understand the powers and duties I would have as a guardian and/or conservator.** *(Conozco y comprendo los poderes y obligaciones que tendría como tutor y/o curador.)*
4.	☐**True or** ☐**False** *(Verdadero o Falso)*	**I have not had a power of attorney for anyone for at least three years before I filed this Petition.** *(No he tenido un poder legal para nadie durante por lo menos tres años antes de presentar esta petición.)*
5.	☐**True or** ☐**False** *(Verdadero o Falso)*	**To the best of my knowledge, neither I nor any business in which I have an interest is listed in the Elder Abuse Registry at the Office of the Arizona Attorney General**. *(Según mi leal saber y entender, ni yo ni ninguna empresa en la que tengo un interés estamos mencionados en el Registro de Maltrato de Personas Ancianas en la Oficina del Procurador General del Estado.)*
6.	☐**True or** ☐**False** *(Verdadero o Falso)*	**If I have been a guardian/conservator before, I either filed the required documents on time, or within 3 months of receiving a notice from the court that the report/accounting was due.** *(Si he sido un tutor/curador anteriormente, presenté los documentos requeridos oportunamente o dentro de los 3 meses de haber recibido una notificación del tribunal de que adeudaba el reporte/la contabilidad.)*
7.	☐**True or** ☐**False** *(Verdadero o Falso)*	**I have never been removed by the court as a guardian or conservator.** *(El Tribunal nunca me ha retirado del cargo de tutor o curador.)*

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

8. ☐**True or** ☐**False** *(Verdadero o Falso)*

Neither I nor any business in which I have an interest has ever received anything of value greater than a total of one hundred dollars in any one year by gift, or will, or inheritance from an individual or the estate of an individual to whom I was not related by blood or marriage and for whom I served at any time as guardian, conservator, trustee, or attorney-in-fact.
(Ni yo ni ninguna empresa en la que tengo un interés nunca hemos recibido nada de un valor de más de un total de cien dólares en el período de un año en la forma de un obsequio, o testamento o herencia de un individuo o del patrimonio sucesorio de un individuo con el que no tenía un parentesco consanguíneo o por matrimonio y para quien me desempeñé como tutor, curador, fideicomisario o apoderado.)

9. ☐**True or** ☐**False** *(Verdadero o Falso)*

To the best of my knowledge, neither I nor any business in which I have an interest is named as a personal representative, trustee, devisee (beneficiary of a will), or other type of beneficiary for any individual to whom I am not related by blood or marriage and for whom I have ever served as guardian, conservator, trustee, or attorney-in-fact.
(Según mi leal saber y entender, ni yo ni ninguna empresa en la que tengo un interés estamos nombrados como representante personal, fideicomisario, legatario (beneficiario de un testamento) u otro tipo de beneficiario de ningún individuo con el que no tengo un parentesco consanguíneo o por matrimonio y para el que en algún momento me haya desempeñado como tutor, curador fideicomisario o apoderado.)

10. ☐**True or** ☐**False** *(Verdadero o Falso)*

I have no interest in any business that provides housing, health care, nursing care, residential care, assisted living, home health services, or comfort care services to any individual.
(No tengo ningún interés en ninguna empresa que suministre vivienda, atención de la salud, asistencia a personas que no pueden valerse por sí mismas, cuidado residencial, ayuda con las tareas cotidianas básicas, servicios de salud en el hogar o servicios paliativos a un individuo.)

(Explain every "false" above on separate page(s) and attach to this document before filing.)
(Explique todas las declaraciones "falsas" anteriores en una página o páginas separadas y anexe la página o páginas a este documento antes de presentarlo.)

11. My relationship to the proposed person in need of protection is:
(Mi relación con la persona que necesita protección propuesta es:) (en Inglés)

_____

(Examples: parent/grandparent/sister/caregiver/friend)
(Ejemplos:padre/madre/abuelo/abuela/hermana/proveedor de cuidados/amigo) (en Inglés:)

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

12. I met the proposed ward under the following circumstances:
(Conocí al pupilo propuesto en las circunstancias que se indican a continuación:) (en Inglés:)

_____

OATH OR AFFIRMATION OF THE PERSON SEEKING TO BE APPOINTED GUARDIAN AND/OR CONSERVATOR:

(JURAMENTO O AFIRMACIÓN DE LA PESONA QUE ESTÁ SOLICITANDO QUE SE LE NOMBRE COMO TUTOR Y/O CURADOR:)

I swear or affirm that I have read and understand the contents of this document, and that the information I have provided is true and correct to the best of my knowledge and belief.
(Juro o afirmo que he leído y comprendo el contenido de este documento y que la información que he suministrado es verdadera y correcta según mi leal saber y entender y la información que poseo.)

_____
Date / *(Fecha)*

_____
Signature / *(Firma)*

_____
Printed Name / *(Nombre impreso del firmante)*

STATE OF _____
(ESTADO DE)

COUNTY OF _____
(CONDADO DE)

Subscribed and sworn to or affirmed before me this: _____ **by** / *(por)*
(Jurado o aseverado ante mí en la fecha de hoy:) **(date)** / *(fecha)*

_____.

(notary seal) / *(sello notarial)*

_____
Deputy Clerk or Notary Public
(Secretario Auxiliar o Notario público)

NOTE: IF YOU ANSWERED "FALSE" TO ANY QUESTION ABOVE, YOU MUST ATTACH AN EXPLANATION AS INSTRUCTED ON THE NEXT PAGE.
The page following is an instruction page only. Do NOT file it with the Court.
(NOTA: SI RESPONDIÓ "FALSO" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, SERÁ NECESARIO QUE ANEXE UNA EXPLICACIÓN COMO SE INDICA EN LA SIGUIENTE PÁGINA.)
(La siguiente página es una página de instrucciones solamente. NO la presente ante el Tribunal.)

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

Case No. _____
(Número de caso)

EXPLANATIONS THAT MUST BE ADDED TO THE AFFIDAVIT OF A PERSON WHO WANTS TO BE APPOINTED GUARDIAN OR CONSERVATOR

(Required by Arizona Law: A.R.S. § 14-5106)

*(EXPLICACIONES QUE ES NECESARIO AGREGAR A LA DECLARACIÓN JURADA DE LA PERSONA QUE QUIERE QUE SE LA NOMBRE COMO TUTOR O CURADOR (**en Inglés**)*
(Exigido por la ley de Arizona: A.R.S. § 14-5106))

For any corresponding numbered statement on the Affidavit which you marked "False", *explain the following* on a separate page or pages and attach to your Affidavit. The information provided in the attachment is covered by the same oath or affirmation and penalty of perjury as the Affidavit.
***FILE THE EXPLANATIONS WITH THE AFFIDAVIT*, BUT DO NOT FILE THIS PAGE.**
*(Para cada declaración numerada correspondiente en la declaración jurada que haya marcado "Falso", **explique lo siguiente (en Inglés)** en una página o páginas separadas y anexe estas páginas a su declaración jurada. La información suministrada en el anexo está cubierta por el mismo juramento o afirmación y pena de perjurio que la declaración jurada.*
PRESENTE LAS EXPLICACIONES CON LA DECLARACIÓN JURADA, PERO NO PRESENTE ESTA PÁGINA.)

DO NOT FILE THIS SHEET WITH THE CLERK'S OFFICE

INSTRUCTION SHEET ONLY

(ARCHIVO NO ESTA HOJA CON LA OFICINA DEL VENDEDOR)

(SÓLO HOJA DE INSTRUCCIONES)

1. **As to each felony for which you have been convicted, list:**
(En lo referente a cada delito por el que se ha declarado culpable, indique:)
   a. **The nature of the offense.**
   (La naturaleza de la ofensa.)
   b. **The name and address of the sentencing court.**
   (El nombre y el domicilio del tribunal que dictó la sentencia.)
   c. **The case number.** / *(El número de caso.)*
   d. **The date of conviction.** / *(La fecha de la sentencia condenatoria.)*
   e. **The terms of the sentence.** / *(Los términos de la sentencia.)*
   f. **The name and telephone number of any current probation or parole officer.**
   (El nombre y número de teléfono de todo agente probatorio o agente de libertad provisional actual.)
   g. **The reasons why the conviction should not disqualify you from appointment.**
   (Las razones por los que la condena no debería descalificarlo del nombramiento.)

2. **If you have acted as guardian or conservator within three years before filing this petition, list:**
(Si usted se ha desempeñado como tutor o curador en los tres años anteriores a la presentación de esta petición, indique:)
   a. **The names of individuals for whom you are currently serving, and court case numbers. /**
   (Los nombres de los individuos para los que actualmente está desempeñando el cargo y los números de casos judiciales.)
   b. **The names of individuals for whom your appointment has been terminated within the three-year period, and the court case number.**
   (Los nombres de los individuos para los que se ha puesto fin a su nombramiento durante el período de tres años, y el número de caso judicial.)

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

3. **State the total number of persons for whom you have served as a guardian or conservator. If you have acted under a power of attorney for the proposed ward/protected person, explain:**
(Indique el número total de personas para las que usted se ha desempeñado como tutor o curador. Si se ha desempeñado bajo un poder notarial para el pupilo/persona protegida propuesta, explique:)
   a. **The date the power of attorney was signed.**
   (La fecha en que se firmó el poder notarial.)
   b. **The place where it was signed.** */ (El lugar donde se firmó.)*
   c. **The actions you have taken pursuant to the power of attorney.**
   (Las acciones que ha tomado de conformidad con el poder notarial.)
   d. **Whether the power of attorney is currently in effect.**
   (Si el poder notarial está en vigor actualmente.)

4. **If you do not have the required information, please explain how you intend to obtain this information.**
(Si no tiene la información requerida, por favor explique cómo tiene pensado obtener esta información.)

5. **State the reason for such listing on Elder Abuse Registry and the name of any business in which you have an interest that is listed on the Registry.**
(Indique la razón de la inclusión en el Registro de Maltrato de Persona Ancianas y el nombre de toda empresa en la que usted tenga un interés que se encuentre en el Registro.)

6. **List the name and location of the court and the name and case number of the files in which you were delinquent in filing the required report.**
(Indique el nombre y el sitio del tribunal y el nombre y número de caso de los expedientes en los que usted se tardó en presentar el reporte requerido.)

7. **List the name and location of the court, the name and case number of each file, and the circumstances of your removal.**
(Indique el nombre y el sitio del tribunal, el nombre y el número de caso de cada expediente, y las circunstancias de su retiro.)

8. **State the number of occasions on which you and/or any business in which you have an interest received such gifts, list and describe the gifts, the dates received, and list the value of each.**
(Indique el número de ocasiones en las que usted y/o toda empresa en la que usted tiene un interés recibió obsequios semejantes, mencione y describa los obsequios, las fechas en los que los recibió, e indique el valor de cada uno.)

9. **State the number of occasions on which you or any business in which you have an interest have been named as a personal representative, trustee, or other type beneficiary listed.**
(Indique el número de ocasiones en las que usted o cualquier empresa en la que usted tenga un interés han sido nombrados como representante personal, fideicomisarios o cualquier otro tipo de beneficiario mencionado.)

10. **List the name and address of each business and the extent and nature of your interest.**
(Indique el nombre y el domicilio de cada empresa y la medida y naturaleza de su interés.)

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

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:)* _____

FOR CLERK'S USE ONLY
(Para uso de la Secretaria solamente)

Representing ☐ **Self, without a Lawyer or** ☐ **Attorney for** ☐ **Petitioner OR** ☐ **Respondent**
(Representando Sí mismo, sin un abogado o Abogado para Peticionante O Demandado)

PETITIONER'S INFORMATION SHEET TO COURT INVESTIGATOR

(HOJA DE INFORMACIÓN DEL PETICIONANTE PARA EL INVESTIGADOR DEL TRIBUNAL)

Instructions to Petitioner: You must complete this form and send it to Court Administration. This information will assist the Court Investigator in scheduling and conducting an appointment with *the proposed ward*, the person for whom a guardian and/or a conservator is said to be needed.

Incomplete or inaccurate information may cause the Court hearing on your Petition to be delayed.

(Instrucciones para el peticionante: Es necesario que llene este formulario y que lo envíe a la Administración del Tribunal. Esta información ayudará al investigador del tribunal para programar y llevar a cabo una cita con el pupilo propuesto, la persona para la que se dice que se necesita un tutor y/o un curador.)

(Información incompleta o inexacta puede hacer que se retrase la audiencia judicial de su petición.)

Your Case Number: PB _____
(Su número de caso: PB)

1. INFORMATION ABOUT THE PROPOSED WARD (the person said to need guardian or conservator):
(INFORMACIÓN ACERCA DEL PUPILO PROPUESTO (la persona de la que se dice que necesita un tutor o curador):)

Name: */ (Nombre:)* _____ **Telephone:** *(Núm. de teléfono:)* _____

Present Address:
(Domicilio actual:) _____

Permanent Address: ***(if different)***
(Domicilio permanente: (si es distinto)) _____

Email Address:
(Dirección de correo electrónico:) _____

Language person speaks:
(Idioma que la persona habla:) _____

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

Case No. _____
(Número de caso)

Information about communication barriers:
(Información acerca de barreras para la comunicación:)

PRIMARY WEEKDAY LOCATION
(SITIO PRINCIPAL DURANTE LA SEMANA)

Monday-Friday, 8:00 A.M. TO 5:00 P.M., the Ward can usually be found at: (List full address below)
(De lunes a viernes, de las 8:00 a.m. a las 5:00 p.m., por lo general se puede encontrar al pupilo en: (Indique el domicilio completo a continuación))

2. INFORMATION ABOUT THE PROPOSED GUARDIAN AND/OR CONSERVATOR:
(INFORMACIÓN SOBRE EL TUTOR Y/O CURADOR ACTUAL PROPUESTO:)

	Petitioner / *(Peticionante)*	**Co-Petitioner /** *(Copeticionante)*
Name: */ (Nombre:)*		
Address: */ (Domicilio:)*		
City, State, Zip Code: *(Ciudad, estado, código postal:)*		
Home Telephone: *(Núm. de teléfono del hogar:)*		
Work Telephone: *(Núm. de teléfono del trabajo:)*		
Email Address: *(Dirección de correo electrónico:)*		
Race: */ (Raza:)*		
Height: */ (Estatura:)*		
Weight: */ (Peso:)*		
Color of Hair: */ (Color de cabello:)*		
Color of Eyes: */ (Color de ojos:)*		
Relationship to Ward: *(Relación con el pupilo:)*		

3. INFORMATION ABOUT THE COURT-APPOINTED PHYSICIAN (or other authorized evaluator):
(INFORMACIÓN ACERCA DEL MÉDICO NOMBRADO POR EL TRIBUNAL (u otro evaluador autorizado):)

Name: */ (Nombre:)*		**Telephone:** *(Núm. de teléfono:)*	
Address: */ (Domicilio:)*			
If not a *physician*, the evaluator is a ☐ **Registered Nurse** ☐ **Psychologist** ☐ **Psychiatrist** *(Si no es un médico, el evaluador es un enfermero diplomado un psicólogo un psiquiatra)*			

Case No. _____
(Número de caso)

Email Address: *(Dirección de correo electrónico:)*	

4. INFORMATION ABOUT PETITIONER'S ATTORNEY:
(INFORMACIÓN SOBRE EL ABOGADO DEL PETICIONANTE:)

Name: / *(Nombre:)*		**Telephone:** *(Núm. de teléfono:)*	
Address: / *(Domicilio:)*			
Email Address: *(Dirección de correo electrónico:)*			

5. INFORMATION ABOUT CO-PETITIONER'S ATTORNEY:
(INFORMACIÓN SOBRE EL ABOGADO DEL COPETICIONANTE:)

Name: / *(Nombre:)*		**Telephone:** *(Núm. de teléfono:)*	
Address: / *(Domicilio:)*			
Email Address: *(Dirección de correo electrónico:)*			

For Court Use Only: / *(Para uso del Tribunal solamente:)*

Date and Time of Hearing:_____

Commissioner:_____

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

FOR CLERK'S USE ONLY
(Para uso de la Secretaria solamente)

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)

SUPERIOR COURT OF ARIZONA IN MARICOPA COUNTY

(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA DEL CONDADO MARICOPA)

In the matter of
Guardianship and/or Conservatorship for:
(En lo referente a Tutela y/o curatela para)

_____

Name of Adult, or ☐ **Minor Needing Protection**
(Nombre del adulto o menor que necesita protección)

Case Number PB:
(Número de caso PB:) _____

ORDER APPOINTING ATTORNEY,

(ORDEN DE NOMBRAMIENTO DE UN ABOGADO,)

☐ **HEALTH PROFESSIONAL,* and**
(PROFESIONAL DE SALUD, e)*

☐ **COURT INVESTIGATOR**
regarding Petition for: (check one or both)
(INVESTIGADOR DEL TRIBUNAL pertinente a la petición para: (marque una o ambas))

☐ **GUARDIANSHIP** ☐ **CONSERVATORSHIP**
(LA TUTELA LA CURATELA)

a physician or other medical professional authorized by A.R.S. § 14-5303 (C)
*(*un médico u otro profesional médico Autorizado por (A.R.S. § 14-5303(C))*

1. **SCHEDULED HEARING: A sworn Petition for Appointment of a Guardian and/or Conservator was filed and this court has scheduled a hearing to determine the merits of the Petition as follows**:
(AUDIENCIA PROGRAMADA: Se presentó una Petición jurada para el traspaso de la tutela y/o curatela y este tribunal ha programado una audiencia para determinar los méritos de la petición, a saber:)

DATE AND TIME:
(FECHA Y HORA:) _____
LOCATION:
(LUGAR:) _____
JUDICIAL OFFICER:
(JUZGADOR:) _____

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

2. ATTORNEY APPOINTMENT: An attorney is appointed to represent the person by appearing at the hearing:
(NOMBRAMIENTO DE UN ABOGADO: Se nombra a un abogado para que represente a la persona compareciendo en la audiencia.)

NAME: *(NOMBRE:)* _____ **TELEPHONE:** *(NÚM. DE TELÉFONO:)* _____
ADDRESS: *(DOMICILIO:)* _____

Counsel shall adhere to the Court's Guidelines for Appointed Counsel.
(El abogado deberá ceñirse a las Directrices del tribunal para el abogado nombrado:)

2. HEALTH PROFESSIONAL APPOINTMENT AND REPORT: A physician or other medical professional authorized by Arizona law A.R.S. §14-5303(C) is appointed to examine the proposed ward and to prepare a written report about his or her physical and mental condition:
(NOMBRAMIENTO Y REPORTE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Se nombra a un médico u otro profesional de salud autorizado por la ley de Arizona A.R.S. §14-5303(C) para que examine al pupilo propuesto y para que prepare un reporte escrito acerca de su condición física y mental.)

NAME: *(NOMBRE:)* _____ **TELEPHONE:** *(NÚM. DE TELÉFONO:)* _____
ADDRESS: *(DOMICILIO:)* _____

The appointee, *if other than* a medical doctor, is a: *(La persona nombrada, de no ser un médico, es un:)*	☐ **Psychologist** *(Sicólogo)* ☐ **Registered Nurse (R.N.)** *(Enfermero diplomado (R.N.))*

4. COURT INVESTIGATOR: An investigator from the court shall visit the proposed ward and submit a written report to the Clerk of the Court, Probate Registrar at least ten business days before the hearing date and shall give a copy of the report to the Petitioner or his or her attorney and to the attorney for the proposed ward.
(INVESTIGADOR DEL TRIBUNAL: Un investigador del tribunal deberá visitar al pupilo propuesto y presentar un reporte escrito al Registrador del Tribunal Testamentario en la Secretaría del Tribunal por lo menos diez días antes de la fecha de la audiencia y deberá entregar una copia del reporte al peticionante o a su abogado y al abogado del pupilo propuesto.)

5. OTHER ORDERS TO PETITIONER: */ (OTRAS ÓRDENES PARA EL PETICIONANTE:)*

A. **WITHIN 24 HOURS FROM THE DATE OF THIS ORDER, Petitioner must mail or deliver to the court-appointed attorney named in "2" above, copies of:**
(DENTRO DE LAS 24 HORAS DE LA FECHA DE ESTA ORDEN, el peticionante deben enviar por correo postal o entregar al abogado nombrado por el tribunal mencionado en el número "2" anterior, copias de:)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

1. **the Petition for Permanent Appointment and all related court paperwork,**
   (la Petición para el nombramiento permanente y todos los documentos judiciales relacionados,)

2. **any health professional's reports in his or her possession, and**
   (todos los reportes del profesional de salud en su posesión, y)

3. **any Orders of the court.**
   (todas las órdenes del tribunal.)

B. **IF an "Evaluator" is named in "3" above, NO LATER THAN 10 BUSINESS DAYS BEFORE THE HEARING, Petitioner must:**
(SI se mencionó un "evaluador" en el número "3" anterior, A MÁS TARDAR 10 DÍAS HÁBILES ANTES DE LA AUDIENCIA, el peticionante deberá:)

1. **File the original of the health professional's Report with the Clerk of the Court, Probate Registrar**;
   (Presentar el original del reporte del profesional de salud ante el Registrador del Tribunal Testamentario en la Secretaría del Tribunal;)

2. **Mail or hand-deliver a copy of the Report to the:**
   (Enviar por correo o entregar personalmente una copia del reporte:)

   a. **attorney named in paragraph 2,**
   (al abogado mencionado en el párrafo 2,)

   b. **offices of the Judicial Officer named in paragraph 1, *and***
   (a las oficinas del juzgador mencionado en el párrafo 1, y)

   c. **offices of the Court Investigator, 125 West Washington, Phoenix, AZ 85003**.
   (a las oficinas del investigador del tribunal, 125 West Washington, Phoenix, AZ 85003.)

C. **Other:**
(Otro:) _____

_____

_____

DONE IN OPEN COURT: _____ _____
(CELEBRADO EN SALA PÚBLICA:) **JUDGE/COMMISSIONER** */ (JUEZ / COMISIONADO)*

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

FOR CLERK'S USE ONLY
(Para uso de la Secretaria solamente)

GUIDELINES FOR HEALTH PROFESSIONAL'S REPORT

(DIRECTRICES PARA EL INFORME DEL PROFESIONAL DE SALUD)

INSTRUCTIONS TO PETITIONER: Fill in the information below and give this document to the physician, registered nurse, or psychologist appointed by the Court to evaluate the health of the person said to need protection immediately after the "ORDER APPOINTING (Attorney, Health Professional, and Court Investigator)" is signed. The complete written report should be given to everyone listed in the "ORDER APPOINTING" no later than 10 days before the scheduled hearing.

(INSTRUCCIONES PARA EL PETICIONANTE: *Llene la información que se incluye a continuación y entregue este documento al médico, enfermero diplomado o sicólogo que el Tribunal ha asignado para que evalúe la salud de la persona de la que se dice que necesita protección inmediatamente después de que se firme la "ORDEN DE NOMBRAMIENTO (abogado, profesional de salud e investigador del tribunal)". El informe escrito llenado deberá entregarse a cada una de las personas mencionadas en la "ORDEN DE NOMBRAMIENTO" a más tardar 10 días antes de la audiencia programada.)*

COURT CASE NUMBER:
(NÚMERO DE CASO JUDICIAL:)
PB _____

NAME OF EVALUATOR:
(NOMBRE DEL EVALUADOR:)
_____

EVALUATOR'S PROFESSION:
(PROFESIÓN DEL EVALUADOR:)
☐ **Physician** / *(Médico)*
☐ **Registered Nurse** / *(Enfermero diplomado)*
☐ **Psychologist** / *(Psicólogo)*
_____

NAME OF PATIENT (subject of this evaluation):
(NOMBRE DEL PACIENTE (sujeto de esta evaluación):)
_____
(Person said to need guardian)
(Persona que se dice que necesita un tutor)

NAME OF PETITIONER:
(NOMBRE DEL PETICIONANTE:)
_____

PETITIONER'S TELEPHONE NUMBER:
(NÚM. DE TELÉFONO DEL PETICIONANTE:)
_____

DATE AND TIME OF COURT HEARING:
(FECHA Y HORA DE LA AUDIENCIA JUDICIAL:)
_____

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

INSTRUCTIONS TO PHYSICIAN OR OTHER EVALUATOR: A court case has been filed that asks the court to appoint a guardian for the person named as "Patient" above. Before granting such a petition, the court must decide if mental, physical, or other cause exists which requires appointment of a guardian. To make that decision, the Court needs to know what you think about:

- **the person's mental and physical health, and**
- **whether the person needs inpatient mental health treatment, and**
- **whether the person's driving privileges should be suspended.**

The court has developed this form to make it easier for you to prepare your report. You may submit your report using this form *or in any format you choose*, but please provide the same type of information as requested in this form. Note that if the Petitioner is seeking the authority to consent to inpatient mental health treatment, this report or a separate report recommending such authority must be signed by a licensed psychologist or psychiatrist. (A.R.S. § 14-5303(C))

After you complete the report, give the original report to *the Petitioner,* who is responsible for distributing copies to the proper parties. Please do not file your report with the Clerk of the Court.

PLEASE DATE AND SIGN YOUR REPORT. The Court realizes that your time is valuable.
THANK YOU FOR YOUR TIME AND ASSISTANCE.

(INSTRUCCIONES PARA UN MÉDICO U OTRO EVALUADOR: *Se ha presentado un caso judicial en el que se le solicita al tribunal que nombre a un tutor para la persona cuyo nombre aparece arriba como el "paciente". Antes de acceder a dicha petición, el tribunal tiene que decidir si existe una causa mental, física u otra causa que requiera que se nombre a un tutor. Para tomar esa decisión, el tribunal necesita saber lo que usted piensa acerca de:*

- *La salud mental y física de la persona, y*
- *Si la persona necesita tratamiento de salud mental en calidad de paciente interno, y*
- *Si se deben suspender los privilegios de la persona para conducir.*

El tribunal ha desarrollado este formulario para facilitarle a usted la preparación de su informe. Puede presentar su informe usando este formulario o en cualquier formato de su elección, pero por favor suministre el mismo tipo de información que la solicitada en este formulario. Tome nota de que, si el peticionante está tratando de obtener la autoridad para dar el consentimiento para el tratamiento de salud mental como paciente interno, este informe o un informe separado recomendando que dicha autoridad tiene que estar firmado por un psicólogo o psiquiatra autorizado. (A.R.S. § 14-5303(C))

(Una vez que haya completado el informe, entregue el informe original al peticionante, quien es responsable de distribuir las copias a las partes apropiadas. Por favor, no presente su reporte ante la Secretaría del Tribunal.)

(POR FAVOR FECHE Y FIRME SU REPORTE. El tribunal reconoce que su tiempo es valioso.
LE AGRADECEMOS SU TIEMPO Y AYUDA.)

QUESTIONS FOR HEALTH PROFESSIONAL TO ANSWER:
(PREGUNTAS QUE EL PROFESIONAL DE SALUD DEBE CONTESTAR:)

Note: *If not enough space* on this form to answer, write in "See attached" and respond on separate page. Please re-state the question on the attachment and use same number as from this document.
(Nota: Si no hay suficiente espacio en este formulario para contestar, escriba "Refiérase al anexo" y conteste en una hoja separada. Por favor, anote la pregunta en la página anexa y use el mismo número que aparece en este documento.)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

1. **What is the date you last saw the patient?**
(¿Cuándo fue la última vez que atendió a su paciente?) _____

2. **How long have you been treating the patient?**
(¿Cuánto tiempo ha usted tratando al paciente?) _____

3. **Why were you asked to do this evaluation?** / *(¿Por qué se le pidió que hiciera esta evaluación?)*

- ☐ **I have been the person's physician for many years.**
  (He sido el médico de esta persona por muchos años.)
- ☐ **I was asked to do so by the family.** / *(La familia me pidió que lo hiciera.)*
- ☐ **I was selected by an attorney.** / *(Un abogado me seleccionó.)*
- ☐ **My office is close to the person's residence.**
  (Mi oficina/clínica/consultorio está cerca de la residencia de la persona.)
- ☐ **I am a** / *(Soy un)* ☐ **doctor** / *(médico)* ☐ **registered nurse, or** / *(enfermero diplomado o)* ☐ **psychologist, for the person's nursing home** / *(psicólogo del hogar para ancianos donde se encuentra la persona)*
- ☐ **Other:**
  (Otro:) _____

4. **What is your area of specialty?**
(¿Cuáles es su área de especialidad?) _____

Are you Board Certified in this area?
(¿Está acreditado por el Colegio Medico en esta área?) ☐ **Yes** / *(Sí)* ☐ **No** / *(No)*

In any other areas?
(¿En otras áreas?) ☐ **Yes** / *(Sí)* ☐ **No** / *(No)*

If "yes", list:
(Si contestó "sí", indique:) _____

5. **Does the person you are evaluating appear to be having difficulty in any of the following areas?**
(¿La persona a quien está evaluando parece estar teniendo dificultad en alguna de las áreas que se indican a continuación?)

- ☐ **Mental disorder** / *(Trastorno mental)* ☐ **Physical illness** / *(Enfermedad física)*
- ☐ **Chronic intoxication or drug use** / *(Uso de drogas o alcoholismo crónico)*
- ☐ **Cognitive abilities** / *(Habilidades cognitivas)*
- ☐ **Anything else (explain below)** / *(Cualquier otra cosa (explique a continuación))*
- ☐ **Physical illness ONLY** / *(La enfermedad física SOLAMENTE)*

6. **If he or she is having difficulty, please specify the nature of the illness, disorder, etc., including diagnosis:**
(Si la persona está teniendo dificultades, sírvase especificar la naturaleza de la enfermedad, trastorno, etc., inclusive el diagnóstico:)

_____

_____

_____

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

7. **Has the person been treated or hospitalized before for this difficulty?**
(¿Ha recibido la persona tratamiento o ha estado la persona hospitalizada debido a esta dificultad?) ☐ **Yes** / *(Sí)* ☐ **No** / *(No)*

If yes, when and where? / *(Si contestó sí, ¿cuándo y dónde?)*

_____

_____

_____

8. **Is the person able to do the following things? Please check each applicable box.**
(¿Es la persona capaz de hacer lo siguiente? Sírvase marcar cada casilla aplicable.)

☐ **Pay his or her bills**
(Pagar sus propias cuentas)

☐ **Take medication appropriately**
(Tomar medicamentos correctamente)

☐ **Obtain food**
(Obtener alimentos)

☐ **Provide adequate housing**
(Proveerse de vivienda adecuada)

☐ **Live alone**
(Vivir sola)

☐ **Exercise daily self-help skills**
(Hacer uso de destrezas para realizar tareas diarias por sí misma)

☐ **Make appropriate judgments that will protect him or her personally, physically, or financially**
(Tomar decisiones adecuadas para protegerse personal, física, o financieramente)

☐ **Drive a motor vehicle. (If "yes", explain below.)**
(Conducir un vehículo motorizado (Si contestó "sí", explique a continuación.))

If you believe a guardianship is warranted but you believe the person to be protected is capable of and *should be permitted to drive a motor vehicle*, please explain.
(Si usted considera que es la tutela es necesaria pero piensa que la persona que se va a proteger es capaz y se le debería permitir conducir un vehículo motorizado, sírvase explicar.)

_____

_____

_____

9. **If the person is currently on medication, please list:**
(Si la persona está recibiendo tratamiento con medicamentos actualmente, sírvase indicarlos:)

_____

_____

_____

10. **Do you believe that the medication is affecting the person's ability to respond coherently?**
(¿Considera usted que los medicamentos están afectando la capacidad de la persona para responder coherentemente?) ☐ **Yes** / *(Sí)* ☐ **No** / *(No)*

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

11. **Do you believe that the medication is affecting the person's ability to ambulate?**
(¿Considera usted que los medicamentos están afectando la capacidad de la persona para deambular?) ☐ **Yes** / *(Sí)* ☐ **No** / *(No)*

12. **Do you believe that a "medication holiday," if possible, would help you better evaluate the person?**
(Considera que un tiempo sin recibir medicamentos, de ser esto posible, le ayudaría a realizar una mejor evaluación de la persona?) ☐ **Yes** / *(Sí)* ☐ **No** / *(No)*

13. **Do you believe that any changes made in the type or amount of drugs the person is receiving would noticeably affect his or her mental or physical abilities?**
(¿Cree usted que los cambios realizados en el tipo o la cantidad de drogas que la persona está recibiendo podría afectar notablemente su capacidad mental o física?) ☐ **Yes** / *(Sí)* ☐ **No** / *(No)*

14. **Do you believe that any further medical evaluation or treatment would benefit the person?**
(¿Considera que cualquier evaluación o tratamiento médico ulterior beneficiaría a la persona?)
☐ **Yes** / *(Si)* ☐ **No** / *(No)*

If so, please give your recommendation: / *(De ser así, sírvase indicar su recomendación:)*

_____

_____

_____

15. **Do you think the person would benefit from other types of therapy such as counseling?**
(¿Considera que la persona podría beneficiarse de otros tipos de terapia, como asesoría psicológica?) ☐ **Yes** / *(Sí)* ☐ **No** / *(No)* **If yes, describe.** / *(Si contestó sí, describa.)*

_____

_____

_____

16. **Where do you think the person should live today?**
(¿Dónde piensa que la persona debería vivir actualmente?)

☐ **At home with a companion** *(En su hogar con un acompañante)*
☐ **At home with a nurse** *(En su hogar con un enfermero)*
☐ **In a group home** *(En un hogar colectivo)*
☐ **In a boarding home** *(En una pensión)*
☐ **In a supervisory care facility** *(En una institución de cuidado de supervisión)*
☐ **In a nursing home** *(En un hogar para ancianos o convalecientes)*
☐ **In a hospital** / *(En un hospital)*
☐ **In an Inpatient Psychiatric Facility for inpatient mental health treatment. Explain.** *(En una institución psiquiatra para pacientes hospitalizados para tratamiento de salud mental.)* **Explain.** / *(Explique.)*

_____

_____

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

☐ **Other** / *(Otro)* **-- please explain.** / *(sírvase explicar.)*

_____

_____

17. **Do you believe that the person's condition could improve within 6 months to a year?**
(¿Considera que la condición de la persona podría mejorar dentro de los próximos 6 meses a un año?) ☐ **Yes** / *(Sí)* ☐ **No** / *(No)*

18. **Is there is any reason for the court to review this matter again within less than one year?**
(¿Hay alguna razón para que el tribunal vuelva a examinar este asunto nuevamente antes de transcurrido un año?) ☐ **Yes** / *(Sí)* ☐ **No** / *(No)*

19. **Please make any additional comments or suggestions you think would be helpful to the court in making this decision.** / *(Sírvase anotar todo comentario o sugerencia adicional que usted considera que podría ser útil para el tribunal en la toma de su decisión.)*

_____

_____

_____

MENTAL HEALTH TREATMENT ISSUES: **If the Petitioner is seeking authority to consent to inpatient mental health treatment, this report or a separate report covering this information must be signed by a licensed psychologist or psychiatrist.**
(ASUNTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL: Si el peticionante está solicitando la autoridad para dar el consentimiento para el tratamiento de salud mental como paciente interno, esta sección o un informe específico sobre la misma información tiene que estar firmado por un psicólogo o psiquiatra autorizado.)

Note: ***If not enough space*** **on this form to answer, write in "See attached" and respond on separate page. Please re-state the question on the attachment and use same number as from this document.**
(Nota: Si no hay suficiente espacio en este formulario para contestar, escriba "Refiérase al anexo" y conteste en una hoja separada. Por favor, anote la pregunta en la página anexa y use el mismo número que aparece en este documento.)

1. **Is it the opinion of the undersigned that the patient is incapacitated as a result of a mental disorder?** / *(¿Es la opinión del infrascrito que el paciente está incapacitado como resultado de un trastorno mental?)* ☐ **Yes** / *(Sí)* ☐ **No** / *(No)*

2. **What is the mental disorder?**
(¿Cuál es el trastorno mental?) _____

3. **Is it the opinion of the undersigned that the patient is likely to need inpatient mental health care and treatment within the next year?** ☐ **Yes** ☐ **No** **(The maximum term for which authority may be granted to place a patient in inpatient mental health care and treatment is one year. This authority may be renewed or extended based on the evaluation and recommendation of a licensed physician or psychologist submitted with the annual report of the guardian. A.R.S. § 14-5312.01(P))**

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

(¿Es la opinión del infrascrito que el paciente probablemente necesitará cuidado y tratamiento de salud mental como paciente interno en el plazo de un año? Sí No (El plazo máximo para el que se puede otorgar la autoridad para poner a un paciente bajo tratamiento y cuidado de salud mental como paciente interno es un año. Esta autoridad puede renovarse o prolongarse sobre la base de la evaluación y recomendación de un médico o psicólogo autorizado presentada con el reporte anual del tutor. A.R.S. § 14-5312.01(P)))

4. If the the answer to #3 is "Yes", please explain the need for, and the anticipated onset and duration of the inpatient treatment:
(Si la respuesta a la pregunta #3 es "sí", sírvase explicar la necesidad y una fecha estimada para el inicio y la duración del tratamiento como paciente interno:)

_____
_____
_____

5. What kind of treatment is the patient currently receiving for this disorder?
(¿Qué tipo de tratamiento está el paciente recibiendo actualmente para este trastorno?)

_____
_____
_____

6. Give a comprehensive assessment of any functional impairments of the patient.
(Proporcione una evaluación completa de los problemas funcionales del paciente.)

_____
_____
_____
_____

7. How and to what extent do these impairments affect the patient's ability to receive or evaluate information needed in making or communicating personal and financial decisions?
(¿Cómo y en qué medida afectan estos problemas la capacidad del paciente de recibir o evaluar información necesaria para tomar y comunicar decisiones personales y financieras?)

_____
_____
_____

8. What tasks of daily living is the patient capable of performing without direction or with minimal direction?
(¿Qué tareas de la vida diaria es el paciente capaz de realizar sin instrucciones o con un mínimo de instrucciones?)

_____
_____
_____

9. What is the most appropriate rehabilitation plan or care plan for the patient?
(¿Cuál es el plan de rehabilitación el plan de cuidado más apropiado para el paciente?)

_____
_____
_____

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

10. **What would be the least restrictive living arrangement reasonably available for the patient?** *(¿Cuál sería el arreglo menos restrictivo en materia de vivienda razonablemente disponible para el paciente?)*

_____

_____

_____

11. **Is there any reason why this patient should not personally appear in court?** *(¿Existe alguna razón por la que este paciente no debería comparecer personalmente ante el tribunal?)* ☐ **Yes** / *(Sí)* ☐ **No** / *(No)*

If "yes", please explain. / *(Si contestó "sí", sírvase explicar.)*

_____

_____

_____

12. **Please make any additional comments or suggestions you feel would be valuable to the court:** *(Sírvase hace cualquier comentario o sugerencia adicional que usted considere que podría ser de utilidad para el tribunal:)*

_____

_____

_____

DATE REPORT PREPARED:
(FECHA DE PREPARACIÓN DEL REPORTE:) _____

_____
SIGNATURE OF EVALUATOR
(FIRMA DEL EVALUADOR)

_____
PRINTED NAME, PROFESSIONAL TITLE (MD, RN, etc.)
(NOMBRE EN LETRA DE MOLDE, TÍTULO PROFESIONAL (MD, RN, etc.))

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

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:)* _____

FOR CLERK'S USE ONLY
(Para uso de la Secretaria solamente)

Representing ☐ **Self, without a Lawyer or** ☐ **Attorney for** ☐ **Petitioner OR** ☐ **Respondent**
(Representando Sí mismo, sin un abogado o Abogado para Peticionante O Demandado)

SUPERIOR COURT OF ARIZONA IN MARICOPA COUNTY

(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA DEL CONDADO MARICOPA)

In the Matter of the Guardianship and/or Conservatorship of:
(En lo referente a La tutela y/o curatela de:)

_____

☐ **an Adult** ☐ **a Minor**
(un adulto un menor)

Case Number: PB / *(Número de caso: PB)* _____

NOTICE OF HEARING REGARDING

(Check one box)
(NOTIFICACIÓN DE AUDIENCIA RELACIONADA CON)
(Marque una casilla)

☐ **Guardianship** ☐ **Conservatorship**
(Tutela Curatela)
☐ **Guardianship and Conservatorship**
(Tutela y curatela)

THIS IS A LEGAL NOTICE. Your rights may be affected.
(ÉSTA ES UNA NOTIFICACIÓN LEGAL. Sus derechos podrían verse afectados.)
An important court proceeding that affects your rights has been scheduled. If you do not understand this notice or the other court papers, contact an attorney for legal advice.
(Se ha programado una acción judicial importante que afecta sus derechos. Si usted no comprende esta notificación u otros documentos judiciales, comuníquese con un abogado para recibir asesoría legal.)

1. NOTICE IS GIVEN that the Petitioner has filed with the Court the following Petition and other court paper indicated below (Check the box to indicate whether the Petition was for a Permanent or Temporary appointment, and a second box to indicate whether for Guardian and Conservator, or just one):
(SE HACE SABER que el peticionante ha presentado ante el Tribunal la petición que se indica a continuación y demás documentos judiciales que se indican a continuación (marque la casilla para indicar si la petición fue para un nombramiento permanente o provisional, y una segunda casilla para indicar si es para el tutor y el curador o sólo para uno):)

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

Case Number: PB _____
(Número de caso: PB)

Petition for
(Petición para)

☐ **Permanent appointment**
(Nombramiento permanente)

☐ **Temporary appointment**
(Nombramiento provisional)

Appointment Of a
(De un)

☐ **Guardian and Conservator (or)**
(Tutor y curador (o))

☐ **Guardian or** ☐ **Conservator (only)**
(Tutor o curador (solamente))

Affidavit of Person to be Appointed / *(Declaración jurada de la persona a la que se nombrará)*

2. COURT HEARING. A court hearing has been scheduled to consider the Petition and matters in the court papers as follows: / *(AUDIENCIA JUDICIAL. Se ha programado una audiencia judicial para considerar la petición y asuntos en los documentos judiciales, a saber:)*

DATE and TIME
(FECHA Y HORA) _____

PLACE:
(LUGAR:) _____

JUDICIAL OFFICER:
(JUZGADOR:) _____

3. RESPONSE TO PETITION. You are not required to respond to this Petition, but if you choose to respond, you *may* do so by filing a written response *or* by appearing in-person at the hearing. *If you choose to file a written response:* / *(RESPUESTA A LA PETICIÓN. Usted no está obligado a responder a esta petición pero, si decide responder, podrá hacerlo presentando una respuesta por escrito o compareciendo en la audiencia en persona. Si decide presentar una respuesta por escrito:)*

- **File the original with the Court**; / *(Presente el original ante el tribunal;)*
- **Provide a copy to the office of the Judicial Officer named above; and** *(Suministre una copia a la oficina del juzgador antes nombrado; y)*
- **Mail a copy to all interested parties at least five (5) business days before the hearing**. (*Envíe una copia a todas las partes interesadas por lo menos cinco (5) días antes de la audiencia.)*

If you object to any part of the Petition or Motion that accompanies this notice, you must file with the court a written objection describing the legal basis for your objection at least three (3) days before the hearing date or you must appear in person or through an attorney at the time and place set forth in the notice of hearing. There is a FEE for filing a response. If you cannot afford the fee, you may file a *Fee Deferral Application* to request a payment plan from the Court.
(Si desea objetar a cualquier parte de la petición o pedimento que acompaña a esta notificación, será necesario que presente ante el tribunal una objeción que describa la base legal de su objeción por lo menos tres (3) días antes de la fecha de la audiencia o será necesario que comparezca en persona o por representación de un abogado a la hora y el lugar establecido en la notificación de audiencia. Hay una CUOTA PROCESAL que debe pagarse por presentar una respuesta. Si no cuenta con los recursos para el pago de la cuota procesal, podrá presentar una solicitud para la prórroga de la cuota para solicitar un plan de pago al tribunal.)

DATED: / *(FECHADA:)*_____ _____
(Month/Day/Year) / *(Mes/día/año)* **Petitioner's Signature /** *(Firma del Peticionante)*

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

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:)* _____

FOR CLERK'S USE ONLY
(Para uso de la Secretaria solamente)

Representing ☐ **Self, without a Lawyer or** ☐ **Attorney for** ☐ **Petitioner OR** ☐ **Respondent**
(Representando Sí mismo, sin un abogado o Abogado para Peticionante O Demandado)

SUPERIOR COURT OF ARIZONA IN MARICOPA COUNTY

(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA DEL CONDADO MARICOPA)

In the Matter of: */ (En lo referente a:)*

Case Number: PB
(Número de caso: PB) _____

(Optional) WAIVER OF NOTICE and (Optional) WAIVER OF SERVICE MEMBERS CIVIL RELIEF ACT (SCRA) RIGHTS regarding:
((Opcional) RENUNCIA A LA NOTIFICACIÓN y (Opcional) RENUNCIA BAJO LOS DERECHOS DE LA LEY DE AYUDA CIVIL A MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS con respecto a:)

_____
An incapacitated or protected Adult ***or*** ☐ **Minor**
(Un adulto o menor incapacitado o protegido)

☐ **Guardianship**
(Tutela)

☐ **Conservatorship**
(Curatela)

(check one or both)
(marque una o ambas)

UNDER PENALTY OF PERJURY, I SWEAR OR AFFIRM:

(BAJO PENA DE PERJURIO, JURO O AFIRMO:)

1. **MY RELATIONSHIP to the incapacitated or protected person named above is**:
   (MI RELACIÓN con la persona incapacitad o protegida antes mencionada es:)
   (examples: parent, grandparent, guardian)
   (ejemplos: padre, madre, abuelo, abuela, tutor) _____

2. **I HAVE RECEIVED the Petition and/or other court papers indicated below:**
   (HE RECIBIDO la petición y/o los otros documentos judiciales indicados a continuación:)
   (Check the box next to [only] the documents you received.)
   (Marque la casilla junto a [solamente] los documentos que recibió.)

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

Case No._____
(Número de caso)

☐ **Petition for Permanent Appointment of:** ☐ **Guardian** ☐ **Conservator**
(Petición para el nombramiento permanente de:) *(Tutor Curador)*

☐ **Petition for *Temporary/Emergency* Appointment of:** ☐ **Guardian** ☐ **Conservator**
(Petición para el nombramiento provisional/de emergencia de:) *(Tutor Curador)*

☐ **Order Appointing Attorney, Health Professional, Court Investigator**
(Orden para nombrar un abogado, profesional de salud, investigador del tribunal)

☐ **Affidavit of Person to be Appointed**
(Declaración jurada de la persona a la que se nombrará)

☐ **Consent of Parent (*only* if regarding a minor)** / *(Consentimiento de uno de los padres (sólo cuando tiene que ver con un menor))*

Or / *(O)* ☐ **Petition for Approval of Accounting**
(Petición para la aprobación de la contabilidad)

☐ **Annual Report of Guardian**
(Reporte anual del tutor)

☐ **Other:** / *(Otro:)* _____

3. (Optional) ☐ **I WAIVE NOTICE of all court filings and proceedings regarding this matter. I understand that I can reverse this waiver by filing a written document with the court under this case number declaring that I no longer waive notice of hearings and other court proceedings**.
((Opcional) RENUNCIO A LA NOT IFICACIÓN de todas las presentaciones ante el tribunal y de las acciones judiciales pertinentes a este asunto.
Comprendo que puedo revocar esta renuncia presentando un documento escrito ante el tribunal bajo este número de caso, declarando que ya no renuncio a la notificación de las audiencias y otras acciones judiciales.)

4. MILITARY STATUS / *(SITUACIÓN MILITAR)*

☐ **I am <u>NOT</u> on active duty in the U.S. military**;
(<u>NO</u> estoy en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos;)

OR / *(O)*

☐ **I <u>AM</u> on active duty in the U.S. military.**
(<u>ESTOY</u> en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.)

If you *are* on active duty with the U.S. military, see the information on your rights under the *Servicemember's Civil Relief Act* and the optional waiver of the right to delay this court proceeding under the Act on the page following.
(Si usted está en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, remítase a la información sobre sus derechos bajo la Ley de Ayuda Civil para Militares y la renuncia opcional de retrasar esta acción judicial bajo los términos de la Ley en la siguiente página.)

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

Case No._____
(Número de caso)

SERVICEMEMBER'S CIVIL RELIEF ACT (SCRA) INFORMATION AND *OPTIONAL* WAIVER

(LEY DE AYUDA CIVIL PARA MILITARES (SCRA por sus siglas en inglés) INFORMACIÓN Y RENUNCIA OPCIONAL)

NOTE: When military duty interferes with the ability to participate in a case, the Servicemember's Civil Relief Act (SCRA) may permit a service member to delay or overturn a civil court proceeding. Waiving this right does NOT affect your right to later request a change regarding court appointment of a guardian or conservator.
(NOTA: *Cuando las obligaciones militares interfieren con la capacidad de participar en su caso, la* ***Ley de Ayuda Civil para Militares*** *(SCRA por sus siglas en inglés) puede permitir al miembro de las fuerzas armadas retrasar o anular una acción judicial civil. El renunciar a este derecho* ***NO*** *afecta el derecho que uno tiene de más adelante solicitar un cambio pertinente al nombramiento de un tutor o curador por el tribunal.)*

It is generally advisable to consult a military legal assistance attorney before waiving any rights under the Servicemember's Civil Relief Act. If Luke Air Force Base is the military installation closest to you, you can contact the legal office at 623-856-6901. Otherwise, contact the legal office at the nearest military installation.
(Usualmente se recomienda consultar a un abogado dedicado a la asesoría legal militar antes de renunciar a cualquier derecho bajo la Ley de Ayuda Civil para Militares. Si Luke Air Force Base es la instalación militar más cercana a usted, puede comunicarse con la oficina de asuntos legales llamando al **623-856-6901.** *De lo contrario, comuníquese con la oficina de asuntos legal en la instalación militar más cercana.)*

IF ACTIVE DUTY MILITARY and you do <u>not</u> wish to delay court proceedings in this matter, check the box below to WAIVE any right that may apply under the SCRA to cause the court to delay.
(SI ES UN MIEMBRO ACTIVO DE LAS FUERZAS ARMADAS y <u>no</u> desea retrasar la acción judicial en este asunto, marque la casilla que se incluye a continuación para RENUNCIAR a los derechos que puedan ser aplicables bajo la SCRA para hacer que el tribunal retrase la acción.)

(Optional) / *(Opcional)*

☐ **I WAIVE any right I may have under the SCRA to delay this matter.**
(RENUNCIO a todo derecho que pueda tener bajo la SCRA para retrasar este asunto.)

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

Case No._____
(Número de caso)

WAIVER OF NOTICE and *(if applicable)*
SERVICEMEMBER'S CIVIL RELIEF ACT (SCRA) WAIVER

(RENUNCIA A LA NOTIFICACIÓN y (si procede)
RENUNCIA A LA LEY DE AYUDA CIVIL PARA MILITARES (SCRA por sus siglas en inglés))

I have read and understand this Waiver of Notice and the separate Servicemember's Civil Relief Act Waiver. I understand that I am not required to either waive notice *or* any rights that may apply under the SCRA, but if I have waived either notice or any rights under the SCRA as indicated above or on the preceding page, I do so voluntarily.
(He leído y comprendo la Renuncia a la notificación y e la Renuncia a la ley de ayuda civil para militares separada. Comprendo que no tengo la obligación de renunciar a la notificación o a los derechos que puedan será aplicables bajo la SCRA, pero si he renunciado a la notificación o a cualquier derecho bajo SCRA como se indicó anteriormente o en la página anterior, lo he hecho voluntariamente.)

UNDER PENALTY OF PERJURY / *(BAJO PENA DE PERJURIO)*

I swear or affirm that I have read and understand this document and that the information I have provided is true and correct to the best of my information and belief.
(Juro o afirmo que he leído y comprendo este documento y que la información que he suministrado es verdadera y correcta según mi leal saber y entender y la información que poseo.)

_____
Date / *(Fecha)*

_____
Signature of Person Receiving Documents
(Firma de la persona que está recibiendo los documentos)

_____
Printed Name / *(Nombre en letra de molde)*

STATE OF _____
(ESTADO DE)

COUNTY OF _____
(CONDADO DE)

Subscribed and sworn to or affirmed before me this: _____**(date)**
(Jurado o aseverado ante mí en la fecha de hoy:) *(fecha)*

by */ (por)* _____.

(notary seal) */ (sello notarial)*

_____
Deputy Clerk or Notary Public
(Secretario Auxiliar o Notario público)

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

TUTELA

PARA UN ADULTO

*Este programa se elaboró con la subvención número SJI-11-E-008 del Instituto de Justicia Estatal (*State Justice Institute*). Las opiniones que se manifiestan en la presente emanan de los facultativos y no representan por obligación las políticas ni directrices oficiales del Instituto de Justicia Estatal.*

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED
PBGTM1s -062016

AVISO IMPORTANTE: REQUISITO DE CAPACITACIÓN
En vigor a partir del 1ro de Septiembre de 2012

*El Tribunal Supremo de Arizona requiere que toda persona que no sea un fiduciario autorizado por el estado (o una institución financiera) tiene que completar un programa de capacitación aprobado por el Tribunal Supremo **antes** de que la Secretaría del Tribunal pueda emitir Cartas de nombramiento para que se desempeñe como tutor, curador o representante personal, dentro de los 30 días siguientes a la contratación temporal o de emergencia.*

LA CAPACITACIÓN DEBERÁ COMPLETARSE ANTES DE LA AUDIENCIA JUDICIAL.

De haber una buena razón para ello, el fiduciario podrá solicitar tiempo adicional para completar la capacitación.
Usted puede acceder y completar la capacitación GRATIS en línea en:
www.azcourts.gov/probate/Training.aspx

DESPUÉS de examinar los materiales, usted deberá informar al Tribunal que ha completado la capacitación llenando el Certificado disponible al final de la capacitación en línea o el formulario de Declaración de haber completado la capacitación disponible ya sea del mostrador de presentación de documentos del Tribunal Testamentario o del Centro de autoservicio. Si tiene alguna pregunta pertinente a la capacitación, comuníquese con la Secretaría del Tribunal Testamentario llamando al 602-506-3668.

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

Bienvenidos a la capacitación de tutela

Cuando haya visto este programa, podrá:

- Resumir las responsabilidades principales de ser tutor(a)
- Comparar y contrastar las funciones de tutores y padres de familia
- Explicar la diferencia entre decidir loque más le convenga a su pupilo/a y sustituir su criterio
- Platicar de las dificultades que conlleva el tomar decisiones para su pupilo/a

Responsabilidades de tutor(a)

Asegurarse de salvaguardar la independencia y la autonomía

En calidad de tutor(a), le compete asegurarse de que su pupilo/a mantenga toda la independencia y autonomía que sea posible. Es fácil revestirse del papel de protector(a), pero trate de tener presente que su función se asemeja a la de un padre o una madre con una persona menor. Los padres de familia tienen que ayudar a los menores a desenvolverse por el mundo que los rodea y a asegurarse de que ellos desempeñen todas las tareas que puedan llevar a cabo por cuenta propia a fin de que puedan crecer y aprender. Al ser tutor(a) de una persona discapacitada o de tercera edad, querrá hacer lo mismo. Por ejemplo, si su pupilo/a fuera capaz de mantener su hogar sin ayuda de ama de casa o persona que le atienda la salud y viva en su casa, permítale vivir así. Trate de aceptar que aporten todo lo que puedan a las decisiones que usted tome.

Decidir lo que más le convenga o sustituir su criterio

Su función de tutor(a) es de escuchar a su pupilo/a y asegurarse de que se cumpla con sus preferencias, siempre y cuando no le perjudique. A usted le corresponde tomar decisiones en una de dos maneras: o sustituir su criterio por el de su pupilo/a o decidir lo que más le convenga a éste/a.

➢ Sustituir su criterio

Cuando tome decisiones al sustituir su criterio por el de su pupilo/a, lo que hará será tal como se oye: tomar las decisiones que tomaría su pupilo/a si éste/a tuviera la capacidad mental para tomarlas. Tiene la obligación de platicar con su pupilo/a sobre la decisión que va a tomar y de atender a lo que tal persona prefiera en la situación. Por ejemplo, si el/la doctor(a) de su pupilo/a recomendara una operación para implantar un marcapasos, deberá platicar de esto con su pupilo/a. Trate de explicarlo de forma tal que sí le pueda comprender. Platique de las ventajas y consecuencias de la decisión que está por tomar. Cuando sustituya su criterio, también convendría platicar con otros parientes o amigos sobre las pláticas que hayan tenido con su pupilo/a. ¿Platicó alguna vez su pupilo/a del tratamiento médico que preferiría? ¿Quisiera que se tomara toda medida para extender su vida, o sólo quisiera que le controlaran

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

el dolor? ¿Preferiría que le incineraran o que le enterraran? A usted le compete determinar qué prefería cuando todavía podía tomar esas decisiones.

➢ Decidir lo que más le convenga

El tomar decisiones al sustituir su criterio por el de su pupilo/a pudiera resultarle más fácil a un(a) tutor(a) que se encargara de un(a) pupilo/a de tercera edad discapacitado/a, en vez de una persona adulta que hubiera nacido discapacitada. Al tratar con pupilos de tercera edad, alguna vez de seguro que tuvieron la capacidad mental para entender las relaciones de causa y efecto. Éstos bien pudieran haber platicado de sus preferencias antes de incapacitarse, lo cual le permitiría comprender mejor qué preferirían ahora. Sería más difícil saber lo que prefieran los pupilos discapacitados de nacimiento porque nunca habrían expresado claramente sus pareceres. En tales situaciones, o si lo que prefiriera su pupilo/a pudiera perjudicarle o causarle daño grave, usted tendría que tomar la decisión a partir de lo que a usted le parezca que más le conviniera a su pupilo/a.

Decisiones difíciles

Nunca resulta fácil decidir algo por otra persona adulta que vaya en contra de la voluntad de ésta, pero deberá tener presente que su amigo/a o pariente ya no tiene la capacidad de comprender claramente las consecuencias de sus decisiones. Por esto es que la autoridad judicial le nombró a usted de tutor(a): para tomar las decisiones difíciles. En definitiva, será usted quien decida; pero si va tomar una decisión que contradiga las preferencias que declare o demuestre su pupilo/a, prepárese para defender su decisión.

Coordine los servicios

En calidad de tutor(a), será responsable de asegurarse de que a su pupilo se le proporcionen las atenciones médicas debidas, la enseñanza indicada y que se proteja en general su salud y bienestar. Al ser tutor(a), se encargará de coordinar las citas médicas y de estar consciente de las necesidades médicas de su pupilo/a. ¿Necesita aparatos para oír mejor? ¿Qué tal dentaduras postizas? ¿Tiene diabetes? De ser así, pudieran resultarle útiles las citas trimestrales con un(a) podiatra. A lo mejor tenga por pupilo/a a una persona discapacitada de 19 años de edad. ¿Pudiera seguir asistiendo a la escuela? ¿Qué tal asistir a cursos de destrezas del diario vivir, tales como cocinar o cuadrar la cuenta de cheques? Si su pupilo/a pudiera aprovecharse de aprender tales lecciones, entonces sería usted responsable de coordinar tales servicios para esta persona.

Asegurarse de que se cumplan sus necesidades médicas

➢ ¿Qué es el permiso con conocimiento?

La Asociación Nacional de Tutela (National Guardianship Association; NGA) se adentra de forma excelente en el tema del permiso con conocimiento (informed consent) por medio de sus Normativas de ejercicio (Standards of Practice). La Normativa 6 de la NGA define que el permiso

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

con conocimiento es “cuando una persona se dispone a actuar de cierta manera fundada en que se revelen plenamente los hechos que deban conocerse para tomar decisiones con inteligencia.” A fin de que se entienda que el permiso se da con conocimiento, deberá haber recibido información apropiada en cuanto al asunto que se le pide que estime, y deberá tomar la decisión voluntariamente y sin sentir que le coaccionen.

➢ Factores médicos

La NGA proporciona por Internet un bosquejo que pudiera resultarle muy útil al tomar decisiones médicas de parte de su pupilo/a. Encontrará el bosquejo en:

http://www.guardianship.org/documents/Standards_of_Practice.pdf

Las páginas siguientes se tratan de la Normativa de Ejercicio 6 de la NGA.

➢ Permiso con conocimiento

En calidad de tutor(a), deberá comprender claramente el asunto para el cual se pretende su permiso con conocimiento. De hacer falta, pregunte cuanto haga falta hasta quedar satisfecho/a de que entiende lo que se propone para su pupilo/a. De nuevo, tenga presente la relación entre adultos y menores. ¿Qué clase de preguntas haría una persona adulta si se sugiriera este tratamiento para una persona menor de edad?

➢ Determine las condiciones

Determine las condiciones que exijan el tratamiento o la acción. Es decir: ¿cuál es el problema de fondo que causa que el/la doctor(a) sugiera tal tratamiento? Por ejemplo ¿qué tal si su pupilo/a hubiera comenzado a demostrar arrebatos y hostilidad contra los que le atienden y el/la doctor(a) quisiera recetarle un medicamento antipsicótico que pudiera conllevar graves efectos secundarios? Tal vez debiera analizar de antemano si los arrebatos se debieran a que su pupilo/a sienta dolores y, en vez de un medicamento recetado, fuera mejor un programa de medicamento sin receta.

➢ Preferencias de su pupilo/a

Infórmele a su pupilo/a la decisión que habrá que tomar y determine lo mejor que pueda sus preferencias actuales. Determine si su pupilo/a ha dicho antes sus preferencias en cuanto a decisiones de esta índole. Con esto volvemos al concepto de sustituir su criterio por el de su pupilo/a o haga lo que más le convenga a éste/a.

➢ Opciones

Determine el resultado esperado de cada opción. Si usa el ejemplo del medicamento recetado en vez de un medicamento sencillo, ¿sería mejor permitir el recetado o pedir primero un medicamento sin receta para descartar si hiciera falta un programa para controlar el dolor? Además de los resultados esperados, también debería tener en cuenta las ventajas y desventajas de cada opción. Por último, debería preguntarse: ¿debo tomar esta decisión ahora o más tarde?

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

- **Más pronto o más tarde**

En cuanto a tomar una decisión más pronto o más tarde, debería tomar en cuenta que también pudiera optar por no actuar. Tenga presente que a veces ésta resulta ser la mejor decisión. Pudiera ser que su pupilo/a fuera de tercera edad y ya antes le hubieran ofrecido la opción de implantarse un marcapasos. En aquel entonces, su pupilo/a contaba con la capacidad mental y no le pareció que el provecho de la intervención valiera el peligro. En tal situación, debería tomar en cuenta el razonamiento de su pupilo/a cuando así lo decidió y decidir usted de la misma forma.

- **Opción menos restrictiva**

Al enfrentar decisiones, le convendría determinar cuál sería la opción menos restrictiva para la situación. En su calidad de tutor(a), su deber es asegurarse de que su pupilo/a reciba la intervención menos limitante para asegurarse de que esta persona goce de tanta independencia y autonomía como le resulte posible. En el ejemplo de conducta que ya vimos, los medicamentos sin receta pudieran ser la opción menos restrictiva. Otro ejemplo de opción menos restrictiva sería que su pupilo/a viviera en casa con gente que le cuidara en vez de hospedarse en una instalación de vivir con ayudas o en un hogar de tercera edad .

- **Segundas opiniones**

Si hiciera falta, consiga una segunda opinión. Usted tiene con su pupilo/a los mismos derechos que tiene consigo. Si le pareciera que necesitara una segunda opinión antes de tomar decisiones acerca del tratamiento, no vacile y consiga tal segunda opinión.

- **Busque recursos entre sus parientes y amistades**

Le sería útil obtener información o comentarios de los familiares, amigos o agentes fiduciarios de profesión. Otra vez, esto se relaciona con la toma de decisiones ya sea al dar permiso con conocimiento o al sustituir su criterio. Siempre es de provecho valerse de los recursos disponibles en la comunidad. Muchos tutores de profesión se disponen a asesorarle para ayudarle con algún problema o situación en concreto. Pudieran haber tratado en varias ocasiones con situaciones semejantes y ser capaces de indicarle la forma correcta de proceder. Todos los hospitales cuentan con un equipo de bioética para asesorarle en cuanto a procedimientos médicos en concreto. Conozca los recursos disponibles en su comunidad y válgase de ellos.

Constancias escritas

Obtenga constancia escrita de todos los informes pertinentes para cada decisión. Tenga siempre en mente que otros podrán escrutar su decisión: parientes, abogados con nombramiento judicial o las propias autoridades judiciales. Debería asegurarse de que siempre pueda sustentar y justificar las decisiones que tome de parte de su pupilo/a.

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

Asegúrese de que se reciban las prestaciones

- Medicare
- AHCCCS
- ALTCS
- Prestaciones para veteranos
- Departamento de Discapacidades del Desarrollo
- Seguro médico suplementario
- Parte D de Medicare

Tendrá que asegurarse de que haya solicitado y que esté recibiendo todas las prestaciones a las que tenga derecho a acogerse su pupilo/a. Entre las mismas pudiera contarse el solicitar el plan médico público federal Medicare, el plan médico público estatal Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS), el Sistema de Atenciones a Largo Plazo de Arizona (Arizona Long Term Care System; ALTCS), las prestaciones de la Administración de Veteranos, al Departamento de Discapacidades del Desarrollo, todo tipo de plan médico suplementario que pudiera haber disponible para su pupilo/a y la Parte D del Medicare para ayudar a sufragar costos de recetas.

Derechos de pupilos

Los derechos que mantendrá su pupilo/a se detallarán en su auto de nombramiento. Casi siempre se le rescindirán a su pupilo/a sus derechos de conducir vehículos automotrices, votar, determinar su domicilio, dar permiso para los tratamientos médicos o mantener armas de fuego. Deberá tomarse en cuenta que no se le traspasa a usted como tutor(a) el derecho de votar por parte de su pupilo/a.

Manejar dinero

Las leyes les permiten a los tutores que manejen dinero de parte de los pupilos si no se hubiera nombrado curadores. En la mayoría de los casos, si su pupilo/a recibiera más que tan sólo la pensión del Seguro Social y tuviera bienes y haberes valiosos, tales como una casa, un automóvil o una cuenta de inversiones, entonces la autoridad judicial nombrará a un(a) curador(a). El Auto de Tutela indica que tal tutor(a) no manejará más de $10,000 para su pupilo/a. Esta cantidad se desprende de los estatutos pertinentes a los tutores para menores de edad. La ley no estipula cuánto dinero puede manejar un(a) tutor(a) de parte de su pupilo/a mayor de edad, así que la mayoría de las competencias judiciales se atienen a la misma normativa prevista para los menores de edad.

Aceptar regalos

¿Puede aceptar regalos de su pupilo/a?

La declaración divulgadora que deberá remitir en su calidad de tutor(a) indica que no ha aceptado regalos que valgan más de $100 que provengan de alguien que no sea su pariente consanguíneo. Con todo, suele entenderse como conflicto o contradicción de intereses si aceptara regalos de su pupilo/a sin el previo visto bueno de la autoridad udicial. Además, las

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

leyes exigen que los curadores cuenten con el previo visto bueno judicial antes de otorgar cualquier regalo de parte de un(a) pupilo/a o persona amparada. Por lo general, no debería aceptar regalos de su pupilo/a.

Informe anual de tutela

➢ Obtenga la declaración médica

Si bien no se exige que obtenga una declaración médica actualizada para su informe anual de tutela, le resultaría muy útil a la autoridad judicial si incluyera tal dictamen. Bastaría con un resumen que bosqueje las citas más recientes con su pupilo/a, aunque pudiera redactarse con tanto detalle como el del informe original cursado ante la Justicia.

➢ Fechas de entrega de informes anuales

El informe anual se debe entregar en la fecha de aniversario en el que se le expidieron sus credenciales permanentes de tutela. El primer informe ejercerá desde la fecha en la que se le nombró hasta el fin de noveno mes después de que se le nombre. Por ejemplo, si se le nombrara como tutor(a) provisional el 1º de enero y se le expidieran sus cartas de nombramiento el 1º de febrero, el ejercicio que deberá abarcar su primer informe anual tutelar se extenderá desde el 1º de enero hasta el 30º de octubre. Los informes sucesivos abarcarán años completos. Si la fecha final de su primer informe fuera el 31º de octubre, cada ejercicio sucesivo abarcarían del 1º de noviembre al 31º de octubre.

➢ Información del informe

- Domicilio
- Visitas
- Doctores
- Cambios de condición
- Condición de tutela
- Prestaciones recibidas
- Contacto con encargado/a del caso

La información que contendrá el informe incluirá: el domicilio actual de su pupilo/a; cuántas veces ha visto a su pupilo durante el ejercicio del informe; la fecha en la que vio a su pupilo/a por última vez; nombres y datos de contacto para los médicos y demás especialistas que atiendan a su pupilo/a, incluso las fechas de las consultas más recientes; todo cambio de importancia en la condición de su pupilo/a desde el informe anterior; si le parece a usted que debiera proseguirse con la tutela; detalles de toda prestación estatal o federal que reciba su pupilo/a; y encargado/a del caso designado/a para vigilar las prestaciones.

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

Notificación de cambio de domicilio

- **¿Cuándo deberá notificarle a la autoridad judicial los cambios de domicilio?**

De conformidad con la Regla 10(C)(1)(c) del Reglamento de Procedimiento Patrimonial de Arizona, el/la agente fiduciario/a deberá actualizar la hoja de información patrimonial con el nuevo domicilio a los tres (3) días de la fecha de cambio.

Remuneración

- **¿Se le puede pagar por ejercer de tutor(a)?**

Tiene derecho a que se le pague por el tiempo que dedica a ser tutor(a). Si piensa en obtener remuneración del patrimonio de su pupilo/a, se le exige que interponga un Aviso de Remuneración ante la autoridad judicial. Éste detallará lo que piensa cobrar por hora y por qué le parece que amerita tal tarifa. La autoridad judicial pudiera actualizar sus honorarios cada año. También tendría derecho a que se le rembolsara de parte del patrimonio de su pupilo/a por todo dinero que pague de su propia bolsa en provecho de su pupilo/a. Por ejemplo, si pagara un derecho de interposición ante la competencia judicial, sería acreedor(a) a que se le rembolsara por tal gasto.

Honorarios de abogados

- **¿Puede contratar abogados?**

Pudiera contratar abogados y tendría derecho a que el patrimonio de su pupilo/a saldara los honorarios jurídicos. Tal como el Aviso de Remuneración que tendría que interponer ante la autoridad judicial, todo abogado que pretenda obtener remuneración del patrimonio de su pupilo/a también tendrá que radicar tal aviso ante la autoridad judicial.

Cuando fallezca su pupilo/a

- **¿Qué sucede si fallece su pupilo/a?**

Si falleciera su pupilo/a, deberá interponer un Aviso de Fallecimiento ante la autoridad judicial en los diez (10) días siguientes a la fecha de fallecimiento. De conformidad con las leyes, su autoridad tutelar cesa en el momento en el que fallece su pupilo/a. Si administrara caudales de su pupilo/a, tales como una pensión del Seguro Social, se le pudiera exigir que devolviera tales fondos a la Administración del Seguro Social o traspasarlos a la persona que en definitiva se encargaría de repartir el patrimonio de su pupilo/a a sus legatarios.

Gracias. Le agradecemos que viera este video de capacitación. El bienestar de los pupilos y los amparados es de suma importancia para las autoridades judiciales. Tenga la bondad de visitar la página de Internet del Poder Judicial dedicada a asuntos patrimoniales, www.azcourts.gov/probate, para obtener más información.

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

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:)* _____

FOR CLERK'S USE ONLY
(Para uso de la Secretaria Solamente)

Representing ☐ **Self, without a Lawyer or** ☐ **Attorney for** ☐ **Petitioner OR** ☐ **Respondent**
(Representando Sí mismo, sin un abogado o Abogado para Peticionante O Demandado)

SUPERIOR COURT OF ARIZONA IN MARICOPA COUNTY

(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA DEL CONDADO MARICOPA)

In the Matter of the Estate of:
(En lo referente al patrimonio sucesorio de)

_____

A ☐ **Deceased or** ☐ **Protected Person**
(Una persona Difunta o Protegida)

Case Number PB: _____
(Número de caso PB:)

DECLARATION OF COMPLETION OF TRAINING for NON-LICENSED FIDUCIARIES

(DECLARACIÓN DE HABER COMPLETADO LA CAPACITACIÓN para FIDUCIARIOS NO AUTORIZADOS)

Rule 27.1 of the Arizona Rules of Probate Procedure requires that a person to be appointed guardian, conservator, or personal representative of an estate, who is neither a state-licensed fiduciary nor a corporation, complete a training program approved by the Supreme Court of this state before permanent Letters of Appointment are issued, or within 30 days of a temporary or emergency appointment.

(La Regla 27.1 de las Reglas de Procedimiento Testamentario de Arizona requiere que la persona a la que se va a nombrar tutor, curador o representante personal de un patrimonio sucesorio, que no sea un fiduciario autorizado por el estado o una corporación, complete un programa de capacitación aprobado por el Tribunal Supremo de este estado antes de que se emitan Cartas de nombramiento permanentes, O dentro de los 30 días de un nombramiento temporal o en caso de emergencia.)

UNDER PENALTY OF PERJURY */ (BAJO PENA DE PERJURIO)*

I state to the Court that in accord with Rule 27.1 of the Arizona Rules of Probate Procedure, I have completed the required training for non-licensed, non-corporate fiduciaries, as indicated below: (Check all that apply and provide applicable information.)

(Declaro ante el Tribunal que, de conformidad con la Regla 27.1 de las Reglas de Procedimiento Testamentario de Arizona, que completado la capacitación requerida para los fiduciarios no autorizados, fiduciarios que no son corporaciones, según se indica a continuación: (Marque todas las casillas pertinentes y suministre la información permanente.))

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED

Case Number PB: _____
(Número de caso PB:)

☐ **Unlicensed Fiduciary**
(Fiduciario no autorizado)

Date completed:
(Fecha en que se completó) _____

☐ **Conservatorship**
(Curatela)

Date completed:
(Fecha en que se completó) _____

☐ **Personal Representative**
(Representante personal)

Date completed:
(Fecha en que se completó) _____

☐ **Guardianship**
(Tutela)

Date completed:
(Fecha en que se completó) _____

Date:
(Fecha) _____

_____
Signature / *(Firma)*

_____
Printed Name / *(Nombre en letra de molde)*

INSTRUCTIONS: Fill out this Declaration completely and provide accurate information. Make at least one copy. You will need to file the original with the Clerk of Court and provide a copy to the Probate Registrar before receiving any *permanent* letters of appointment.
(INSTRUCCIONES: Llene esta Declaración por complete y suministre información correcta. Haga por lo menos una copia. Será necesario que presente el original ante la Secretaría del Tribunal y que suministre una copia para el Registrador del Tribunal Testamentario antes de recibir cartas de nombramiento permanentes.)

©Superior Court of Arizona in Maricopa County
ALL RIGHTS RESERVED