

AVISO: ESTE DOCUMENTO CONTIENE DATOS SENSIBLES.

CAUSA NO. _____

TUTELA DE

§

EN EL TRIBUNAL DE
SUCESIONES

§

§

NÚMERO _____ DE

§

UNA PERSONA INCAPACITADA

§

CONDADO DE DALLAS,
TEXAS

**INFORME ANUAL DEL TUTOR DE LA PERSONA SOBRE LA UBICACIÓN, EL
ESTADO Y EL BIENESTAR DEL PUPILO**

Ahora viene _____,
Tutor(es) de la Persona de _____, y presenta
la siguiente información a partir de _____ [fecha]:

****POR FAVOR, TOME NOTA DE LA NUEVA INFORMACIÓN REQUERIDA****

1. Dirección actual de Ward (calle, ciudad, estado, código postal, condado):

Número de teléfono: _____ ¿Cuánto tiempo en esta dirección? _____

Edad del pupilo: _____ Date de nacimiento: _____ Veterano militar: ☐ Sí ☐ No

El pupilo no reside en Texas, ¿con qué frecuencia regresa a Texas y cuándo?

2. Nombre y dirección actuales del tutor: (calle, ciudad, estado, código postal, condado) :

_____ Número de teléfono de casa: _____

Número de teléfono del trabajo: _____ Número de teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nuevos requisitos de capacitación para los tutores (Ley HB 3376)

La legislación de Texas (Código de Gobierno de Texas, artículo 155.204) exige ahora a algunos tutores que reciban capacitación anual sobre la enfermedad de Alzheimer y la demencia.

****SI HAY CO-TUTORES:**

Nombre y dirección actuales del Co-Tutor: (calle, ciudad, estado, código postal, condado) :

Número de teléfono de casa: _____

Número de teléfono del trabajo: _____ Número de teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

3. Durante el período del informe anterior, ¿uno de los tutores mencionados anteriormente ha sido condenado por un delito grave o un delito menor? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explique: _____

4. Durante el último período del informe, ¿uno de los tutores mencionados anteriormente se ha declarado inocente, ha presentado una adjudicación diferida o ha recibido libertad condicional en un caso penal? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explique: _____

5. Durante el último período del informe, ¿un tutor de los mencionados anteriormente ha sido contactado por un adulto o ¿Servicios de protección infantil? ☐ Sí ☐ No En caso

Afirmativo, explique: _____

6. El barrio vive en: (seleccione uno) ☐ Casa propia ☐ Casa del guardián

☐ Hogar de acogida (nombre del proveedor de acogida): _____

☐ Hogar del pariente (Describa la relación) _____

☐ Pensión (nombre del propietario): _____

☐ Hogar grupal (nombre de la agencia): _____

☐ Hogar de ancianos (nombre del centro): _____

☐ Hospital o centro médico (nombre del centro): _____

☐ Otros (especifique) _____

7. Independientemente de la propiedad, haga una lista de todas las armas (incluidas armas de fuego, machetes, nunchuks, etc.) contenidas en la residencia del pupilo y describa cómo se

SOLO PARA ASISTENCIA • PRESENTAR EN INGLÉS

asegura cada arma. Si necesita espacio adicional, adjunte hojas adicionales o use el reverso de este formulario.

8. Si el pupilo reside en un hogar de ancianos, un centro de ICF, un Centro de Vida con Apoyo Estatal o cualquier centro de atención residencial, ¿existe la necesidad de continuar con la atención en la atención residencial?

¿facilidad? ☐ Sí ☐ No

Si respondió SÍ a la pregunta anterior, explique por qué existe una necesidad continua de que el pupilo resida en el centro de atención residencial.

9. Si el pupilo vive en una residencia privada, anote los nombres de todas las demás personas que viven en la residencia:

Relación con el pupilo	Nombre completo (Primero Medio Último)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

SOLO PARA ASISTENCIA • PRESENTAR EN INGLÉS

10. ¿Ha cambiado la residencia del pupilo en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique la fecha y el motivo:

En caso afirmativo, ¿el pupilo fue trasladado de un hogar a un centro de atención más restrictivo, como un hogar de ancianos, un centro de ICF/IDD o un Centro de Vida Asistida por el Estado? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿se envió una NOTIFICACIÓN a la corte con respecto a esta medida? ☐ Sí ☐ No

¿En qué fecha se envió la notificación al tribunal? _____

11. Si el pupilo no vive con usted, el tutor, indique el número de veces que ha visitado el barrio en el último año: _____ veces. Fecha de la última visita: _____

12. ¿También fue nombrado Guardián de la Herencia O como Tutor de la Persona que depositó un bono corporativo? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿ha pagado la prima del bono para el próximo período de declaración?

☐ Sí, el (fecha) _____ 20 _____ ☐ No

12a. ¿Se ha creado un Fideicomiso Suplementario o de Necesidades Especiales (SNT, por sus siglas en inglés) para el pupilo? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿se ha financiado el SNT? ☐ Sí ☐ No

Si se financia, proporcione más información sobre el Fideicomiso Suplementario o para Necesidades Especiales creado. Incluya información sobre el origen de los fondos utilizados para crear el Fideicomiso e identifique quién es el Fideicomisario. Si se financia, proporcione un extracto bancario.

13. Si durante el último año el tutor ha recibido y gastado fondos para el cuidado y la manutención del pupilo, proporcione las siguientes cantidades:

a. Total de fondos recibidos mensualmente: \$ _____

Si es cero, explique: _____

SOLO PARA ASISTENCIA • PRESENTAR EN INGLÉS

b. Origen de los fondos y monto total recibido anualmente:

- ☐ SSI o SSDI \$ _____
- ☐ Manutención de los hijos \$ _____
- ☐ Jubilación Privada \$ _____
- ☐ VA \$ _____
- ☐ Beneficios del Seguro Social para Sobrevivientes (RSDI) \$ _____
- ☐ Asignación de Cuenta Fiduciaria \$ _____

c. Fondos totales gastados para el cuidado del pupilo: \$ _____

Quién tiene la posesión o el control del patrimonio del pupilo (nombre, dirección, número de teléfono):

SI EN EL ÚLTIMO AÑO EL TUTOR DE LA PERSONA HA RECIBIDO PARA EL PUPILO CUALQUIER OTRO FONDO DE CUALQUIER OTRA FUENTE, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, PAGOS DE SUMA GLOBAL DE BENEFICIOS ESTATALES O FEDERALES, ADJUDICACIONES, HERENCIAS, ACUERDOS, RECLAMOS, JUICIOS, LOTERÍA, FIDEICOMISOS, OBSEQUIOS MONETARIOS EN EXCESO DE \$500 O DE CUALQUIER OTRA FUENTE, INFORME LA(S) FUENTE(S) Y LOS MONTOS TOTALES RECIBIDOS:

Si esta información está incluida en la CONTABILIDAD ANUAL, omita esto y vaya al # 14, a continuación.

FUENTE:

INGRESOS TOTALES:

Adjunte una página a este informe si necesita espacio adicional.

SOLO PARA ASISTENCIA • PRESENTAR EN INGLÉS

14. ¿Quién es el representante beneficiario del distrito para los fondos gubernamentales?

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

15. La salud física del pupilo tiene:

☐ Mejorado ☐ Deteriorado ☐ se mantuvo sin cambios

La salud mental del pupilo tiene:

☐ Mejorado ☐ Deteriorado ☐ se mantuvo sin cambios

Si la condición del pupilo ha cambiado, describa todos los cambios: _____

16. El médico de cabecera actual del barrio es:

Nombre: _____

Dirección _____ Phone: _____

¿El pupilo ha sido tratado o evaluado en el último año por:

☐ a) Physician _____ Teléfono: _____

Tratamiento recibido: _____

☐ b) Specialist _____ Teléfono: _____

Tratamiento recibido: _____

☐ c) Psiquiatra u otro profesional de la Salud Mental:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Tratamiento recibido: _____

☐ d) Dentist _____ Teléfono: _____

Tratamiento recibido: _____

☐ e) Trabajador social _____ Teléfono: _____

Agencia: _____

☐ e) Otro proveedor de atención física, mental o social _____

Teléfono: _____ Treatment: _____

Utilice el espacio a continuación para obtener información médica adicional:

SOLO PARA ASISTENCIA • PRESENTAR EN INGLÉS

17. Describa brevemente toda la información sobre las medidas que usted, como tutor, está tomando para fomentar el desarrollo de la máxima autosuficiencia e independencia del pupilo: _____

18. ¿El pupilo recibe servicios de una autoridad local de salud mental o de una autoridad intelectual y ¿Autoridad de Discapacidad del Desarrollo? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, describa brevemente: _____

¿Dónde recibe el barrio estos apoyos y servicios?: _____

¿Quién proporciona estos apoyos y servicios?: _____

19. ¿Recibe el pupilo algún tipo de apoyo y servicios en virtud de Medicaid, incluso en virtud de un programa de exención de Medicaid autorizado en virtud de la Sección 1915(c) del Seguro Social federal?

Ley (42 U.S.C. Sección 1396n)? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, describa brevemente: _____

¿Dónde recibe el barrio estos apoyos y servicios?: _____

¿Quién proporciona estos apoyos y servicios?: _____

20. ¿El pupilo recibe algún tipo de apoyo o servicios de manera informal? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, describa brevemente: _____

¿Dónde recibe el barrio estos apoyos y servicios?: _____

¿Quién proporciona estos apoyos y servicios?: _____

21. Haga una lista de los apoyos y servicios que el barrio recibió o intentó recibir anteriormente y por qué se suspendió o no se recibió el apoyo o el servicio: _____

22. En su opinión como tutor, ¿cree que el pupilo tiene la capacidad o la capacidad suficiente con apoyos y servicios para la restauración completa de la capacidad del pupilo o la modificación de la tutela bajo el Capítulo 1202 del Código de Sucesiones de Texas?

☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es NO, ¿por qué cree que el pupilo no tiene la capacidad o la capacidad suficiente con apoyos y servicios para la restauración completa de la capacidad del pupilo o la modificación de la tutela bajo el Capítulo 1202 del Código de Sucesiones de Texas?

23. Describa brevemente todas las actividades recreativas, educativas, ocupacionales y sociales en las que el barrio ha participado durante el último año (si el barrio no puede o se ha negado a participar, explique): _____

24. Las condiciones de vida actuales del barrio son las siguientes:

☐ Excelente ☐ Promedio ☐ Por debajo de la media

Si está por debajo de la media, explique: _____

SOLO PARA ASISTENCIA • PRESENTAR EN INGLÉS

25. Es el barrio ☐ contenido o ☐ ¿No estás contento con las condiciones de vida? Si es infeliz, ¿por qué?

26. Como tutor, ¿qué medidas está tomando para abordar todas y cada una de las necesidades insatisfechas del pupilo?

(si los hay)? _____

27. ¿Ha solicitado el tutor una orden de detención de emergencia (orden de enfermedad mental) del pupilo? ☐ Sí ☐ No Si ha presentado una declaración, por favor indique el número de veces y las fechas:

28. Sus poderes/deberes como tutor de la persona deben ser:

☐ Aumentado ☐ Decrecido ☐ Permanecer sin cambios

Si se recomienda el cambio, indique el cambio y las razones: _____

29. Seleccione su relación con el barrio (marque todo lo que corresponda):

☐ Familiar o amigo no remunerado

☐ Familiar o amigo compensado o pagado como proveedor de cuidado de crianza;

Nombre de la agencia: _____

☐ Proveedor de cuidado de crianza pagado: sin relación familiar o de amigos

Nombre de la agencia: _____

☐ Abogado

☐ Tutor Profesional Privado

☐ Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas

☐ Programa de Tutela; Nombre del programa: _____

☐ Otro _____

☐ Proveedor de cuidado de crianza remunerado: sin relación familiar

30. Si NO se le compensa por proporcionar servicios de tutela, vaya al # 31.

a) Si recibe una compensación, ¿es usted un tutor certificado de Texas?

☐ Sí, número de TxCG: _____ ☐ No

b) Si usted es un Tutor Profesional Privado o debe ser certificado por la Junta de Certificación de Tutela, ¿durante el último período del informe fue objeto de una investigación realizada por la Junta de Certificación de Tutela? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explique: _____

SOLO PARA ASISTENCIA • PRESENTAR EN INGLÉS

c) Si usted no es un Tutor Certificado de Texas, ¿está exento de la calificación bajo los requisitos de Certificación de Tutela de conformidad con el Capítulo III del Código de Gobierno?

(Abogado, voluntario del programa de tutela o fiduciario corporativo) ☐ Sí ☐ No

31. Enumere los nombres y números de teléfono de dos personas que siempre sabrán cómo comunicarse con usted.

Nombre: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____

32. ¿Tiene el Barrio hijos menores de 18 años? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿viven los hijos del Barrio con el Barrio? ☐ Sí ☐ No

Si los hijos del Barrio viven con el Barrio, anote los nombres y las edades de los niños a continuación o adjunte la información a este informe.

33. ***NUEVA INFORMACIÓN REQUERIDA DEL ESTADO DE TEXAS - REGISTRO EN LA COMISIÓN DE CERTIFICACIÓN DEL PODER JUDICIAL (JBCC).***

<http://www.txcou11s.gov/ibcc/guardianship-registration/>

(enlace práctico al que cada tutor debe ir para registrar su caso de tutela)

Proporcione pruebas al tribunal adjuntando su número de transacción de registro o proporcione una captura de pantalla de la(s) página(s) de registro completada y comparta cualquier otra información adicional que desee proporcionar al tribunal, al estado o adjunte la información a este informe.

SOLO PARA ASISTENCIA • PRESENTAR EN INGLÉS
DE CONFORMIDAD CON LA LEY BRADY DE 1993, SE REQUIERE LA SIGUIENTE
INFORMACIÓN:

Incapacitated Person's Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic ☐ Refused ☐ UNKNOWN

Incapacitated Person's Race: ☐ Asian ☐ Black, African American ☐ American Indian or Alaskan
Native

☐ White ☐ UNKNOWN ☐ Other Race: _____

JURAMENTO

ESTADO DE TEXAS §
CONDADO DE DALLAS §

Ante mí, la autoridad abajo firmante, en este día compareció personalmente (Guardián) _____, quien habiendo sido debidamente juramentado bajo pena de perjurio, declara bajo juramento que el informe anterior es una declaración verdadera, correcta y completa de la condición, bienestar y bienestar actuales de (PERSONA INCAPACITADA) _____, a partir de la fecha indicada en este documento.

Al firmar a continuación, afirmo que entregué y comuniqué o entregaré y comunicaré a la Persona Incapacitada, dentro de una semana a partir de la fecha de mi firma a continuación, la Declaración de Derechos para Personas bajo Tutela como se describe en el Código de Sucesiones de Texas §1151.351.

Nombre impreso

Firma: TUTOR DE LA PERSONA

JURADA Y suscrita ante mí en este _____ day of _____, 20_____.

Notario Público en y para el Estado de Texas

JURAMENTO

ESTADO DE TEXAS §
CONDADO DE DALLAS §

Ante mí, la autoridad abajo firmante, en este día compareció personalmente (Co-tutores) _____ y _____, quienes habiendo sido debidamente juramentados bajo pena de perjurio, declaran bajo juramento que el informe anterior es una declaración verdadera, correcta y completa de la condición, bienestar y _____ bienestar _____ actuales _____ de _____ (PERSONA INCAPACITADA) _____, a partir de la fecha aquí indicada.

Al firmar a continuación, afirmo que entregué y comuniqué o entregaré y comunicaré a la Persona Incapacitada, dentro de una semana a partir de la fecha de mi firma a continuación, la Declaración de Derechos para Personas bajo Tutela como se describe en el Código de Sucesiones de Texas §1151.351.

Nombre impreso

Nombre impreso

Firma: CO-TUTOR DE LA PERSONA

Firma: CO-TUTOR DE LA PERSONA

JURADA Y suscrita ante mí en este _____ day of _____, 20_____.

Notario Público en y para el Estado de Texas

CUANDO EL TUTOR HAYA COMPLETADO EL INFORME ANUAL Y ESTÉ LISTO PARA SU PRESENTACIÓN AL JUEZ, DEVUÉLVALO A:

John F. Warren, Secretario del Condado de Dallas, Departamento de Sucesiones
Piso 22, Torre Renacentista
1201 Calle del Olmo

SOLO PARA ASISTENCIA • PRESENTAR EN INGLÉS

CAUSA NO. _____

TUTELA DE

§

EN EL TRIBUNAL DE
SUCESIONES

§

_____,

§

NÚMERO _____ DE

§

UNA PERSONA INCAPACITADA

§

CONDADO DE DALLAS,
TEXAS

ORDEN POR LA QUE SE APRUEBA EL INFORME ANUAL DEL TUTOR DE LA PERSONA

En la fecha que se indica a continuación entró en consideración el Informe Anual del Tutor de la Persona sobre el Lugar, Estado y Bienestar de _____ y habiendo examinado el Tribunal dicho informe, POR LO TANTO, SE APRUEBA Y SE ORDENA QUE SE INSCRIBA EN EL EXPEDIENTE.

FIRMADO el _____ día de _____ de 20_____.

JUEZ PRESIDENTE