

ATENCIÓN: Para el Proposito de Informacion Solamente – No para presentar a la Corte.

CAUSA NO. _____

TUTELA LEGAL DE § **TRIBUNAL TESTAMENTARIO**
_____, § **NUMERO** _____ **DEL**
UNA PERSONA DESCAPACITADA § **CONDADO DE DALLAS, TEXAS**

REPORTE ANUAL DEL TUTOR DE LA PERSONA SOBRE LA VIVIENDA, CONDICIÓN Y BIENESTAR DE LA PERSONA PROTEGIDA

Se presenta ahora[nombre y apellido] _____, Tutor(a) de la Persona de _____, ofrece el siguiente informe con validez _____ [fecha]:

1. Dirección actual de la Persona Protegida (calle, ciudad, estado, código zip, condado):

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

Edad de Protegido(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Servicio Militar en EEUU: ☐ Sí ☐ No

Si la Persona Protegida no habita en Texas ¿con qué frecuencia viaja para Texas y cuándo?

2. Nombre y dirección actual del Tutor: (calle, ciudad, estado, código zip, condado) :

_____ Número de teléfono de casa: _____

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

Dirección de correo electrónico: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Durante este último período ¿ha sido Ud. (Tutor) arrestado por crimen o infracción? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es “Sí” proporcione detalles: _____

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.

Durante este último período, ha sido Ud. (Tutor) contactado por los Servicios de Protección de Adultos o Niños? ☐ Sí ☐ No En caso positivo, proporcione detalles: _____

3. La persona protegida habita: (seleccione) ☐ Casa propia ☐ Casa del Tutor
☐ Casa Ajena (Nombre de la Persona responsable): _____
☐ Casa de Pariente (Describa la relación) _____
☐ Pensión (Nombre del Dueño): _____
☐ Casa en común (Nombre de la Agencia): _____

- ☐ Casa de Cura (Nombre de la institución): _____
☐ Hospital o Instituto Médico (nombre): _____
☐ Otro (precisar) _____

Sin importar quien es el propietario, haga un listado de todas las armas (armas de fuego, escopetas, pistolas, escuadras, machetes, nunchucks, etc.) en la vivienda de la persona protegida y describa como están guardadas todas y cada una de esas armas. Añadir mas hojas si se necesita más espacio o usar el otro lado de esta página.

Si la Persona Protegida habita en una Casa de Cura, en un Instituto de Cura Intermedio (ICF), un Centro Estadual de Residencia Asistida (State Supported Living Center), o en otra residencia asistida, ¿ hay alguna necesidad particular para continuar curas en un centro de asistencia? ☐ Sí ☐ No

En caso de respuesta positiva a la pregunta anterior, explique por qué hay tal necesidad.

4. Si la Persona Protegida habita en una residencia privada, haga un listado de todas las personas en residencia:

Relación con el Protegido	Nombre y Apellidos	Fecha de Nacimiento mm/dd/aaaa

5. La residencia de la Persona Protegida ¿ha cambiado durante los últimos 12 meses ? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es positiva, escriba la fecha y el motivo:

En caso positivo, ¿ha sido trasladada la Persona Protegida, de una casa, para un instituto de asistencia, tal como casa de cura, ICF o Centro Estadual de Residencia Asistida (State Supported Living Center),? ☐ Sí ☐ No

En caso positivo, ¿se le ha dado NOTIFICACIÓN a la Corte del traslado? ☐ Sí ☐ No
Cual es la fecha de la NOTIFICACIÓN para la Corte? _____

6. Si la Persona Protegida no habita con Ud. [su Tutor(a)], indique cuantas veces la ha visitado durante los últimos 12 meses. : _____ veces.

Fecha de la visita mas reciente: _____

7. Si es Ud. también Guardián del Patrimonio, ha sacado Ud. un seguro corporativo ? ☐ Sí ☐ No
En caso positivo , ¿ha pagado la cuota para el próximo periodo?

☐ Sí (fecha) _____, 20_____ ☐ No

¿Existe un Fideicomiso Suplementario o de Necesidades Particulares (SNT) para la Persona Protegida? ☐ Sí ☐ No

Si existe un SNT ¿ está financiado? ☐ Sí ☐ No

8. Si durante el último año el Tutor ha recibido o gastado recursos para cuidar y mantener a la Persona Protegida, indique los montos aquí :

a. Total recibido por mes: \$ _____

b. Fuente de recursos y monto total recibido anualmente:

☐ SSI o SSDI \$ _____

☐ Manutención del Menor [pensión alimenticia] \$ _____

☐ Pensión Empresarial \$ _____

☐ VA \$ _____

☐ Beneficios de Seguro Social de Sobrevivientes (RSDI) \$ _____

☐ Asignación de Fideicomiso \$ _____

c. Total, recursos gastados para la Persona Protegida: \$ _____

Quién está en posesión o control del patrimonio de la Persona Protegida? (nombre, dirección, número de teléfono):

***SI DURANTE EL AÑO PASADO EL TUTOR DE LA PERSONA HA RECIBIDO OTROS FONDOS EN NOMBRE O BENEFICIO DE LA PERSONA PROTEGIDA, ORIGINADOS EN OTRAS FUENTES, INCLUYENDO PERO NO SOLAMENTE, DEL ESTADO O DEL GOBIERNO FEDERAL, EN FORMA DE PAGOS, HERENCIAS, AJUSTES FINANCIEROS, DERECHOS POR JUICIOS, PREMIOS, LOTERIAS, FIDEICOMISOS, REGALOS O AGUINALDOS, REGALIAS, EN EXCESO DE \$500.00 (QUINIENTOS) O DE CUALQUIER OTRA FUENTE, INCLUYA EN SU REPORTE LOS MONTOS RECIBIDOS Y LAS FUENTES:

***Si estas informaciones están ya incluidas en el REPORTE ANNUAL DE CUENTAS, pase adelante para el artículo # 9 abajo.

FUENTE:

ENTRADAS TOTALES:

Añadir páginas separadas para este reporte si se necesita más espacio.

9. ¿Quién representa a la Persona Protegida para recibir beneficios del gobierno (*Representative Payee*)?

Nombres: _____ Tel: _____

Dirección: _____

10. El estado físico de salud de la Persona Protegida ha :

☐ mejorado ☐ empeorado ☐ continuado sin cambios

El estado mental de salud de la Persona Protegida ha :

☐ mejorado ☐ empeorado ☐ continuado sin cambios

Si las condiciones de la Persona Protegida han cambiado, describa todos los cambios:

11. El médico principal de la Persona Protegida es:

Nombres: _____ Tel: _____

Dirección: _____

Durante el año pasado ha sido evaluado o atendido por un:

☐ a) Especialista _____ Tel: _____

Tipo de atendimento: _____

☐ b) Siquiatra u otro tipo de profesional:

Nombres del profesional: _____ Tel: _____

Atendimento recibido: _____

☐ c) Dentista _____ Tel: _____

Tipo de atendimento: _____

☐ d) Profesional de asistencia social _____ Tel: _____

Agencia: _____

Use este espacio para dar más detalles sobre la información médica:

12. Describa brevemente las actividades recreativas, de formación, de trabajo, y sociales en las que ha participado la Persona Protegida durante el año. (Si no pudo o no quiso, explique por favor.):

13. Las condiciones actuales de vivienda son:

☐ Excelentes ☐ Normales ☐ Sub-normales

Si marcaron Sub-normales, indiquen detalles: _____

14. La Persona Protegida está ☐ satisfecha o ☐ incómodo con su arreglo de vivienda? Proporcione detalles si está incómodo

15. Como Tutor(a), que medidas está Ud. tomando para cubrir las necesidades de su Protegida que todavía no han sido amparadas? (si hay algunas)?

16. alguna vez como Tutor ha pedido Ud. una “Emergency Detention” (mandamiento de enfermedad mental) para su Protegida?

☐ Sí ☐ No

Indique el número de veces y las fechas:

17. Sus funciones como Tutor deberían ser:

☐ Acrecentadas ☐ Disminuídas ☐ Sin Cambio

Si recomienda un cambio, explique el tipo y los motivos: _____

18. Marque las descripciones que mejor se aplican a su relación como Tutor:

☐ Familiar o amigo(a) sin remuneración

☐ Familiar o amigo(a) con remuneración y Proveedor de Cuidado de Crianza (Foster Care);

Nombre de la Agencia: _____

☐ Proveedor Pagado de Cuidado de Crianza – sin relación de familia o de amistad.

Nombre de la Agencia: _____

☐ Abogado

☐ Tutor Particular Privado

☐ Departamento de Servicios para Minusválidos y Tercera Edad.

☐ Programa de tutela; Nombre del programa: _____

☐ Otro: _____

☐ Cuidado de Crianza Pagado – sin relación de familia.

19. Si NO recibe pago por prestar sus servicios de Tutor, pase directament al #20.

a) Si RECIBE Ud. pago por ser Tutor, es Ud. un Texas Certified Guardian?

☐ Sí Numero de registración TxCG : _____ ☐ No

b) Si Ud. es un Tutor Profesional Privado, o si se le ha exigido certificación por el Guardianship

Certification Board, durante el period de reportaje pasado, ha sido Ud. objeto de alguna investigación por parte del *Guardianship Certification Board*? ☐ Sí ☐ No
Detalles si respondió positivamente: _____

c) Si NO es un *Texas Certified Guardian*, goza Ud. de alguna exención por ese requisito, segun el capitulo III del Codigo de Texas ? (Abogado, miembro de un programa de voluntaries, o fiduciario corporativo) ☐ Sí ☐ No

20. Registre aqui los nombres y numeros de telefono de dos personas que siempre sabran como ponerse en contacto con Ud.

Nombres: _____ Telefono: _____
Nombres: _____ Telefono: _____

21. La Persona Protegida tiene hijos menores de 18 años? ☐ Sí ☐ No
Viven los hijos menores con ella? ☐ Sí ☐ No
Si los menores viven con la Persona Protegida, escriba sus nombres y apellidos a seguir, o incluya una lista separada en anexo.

22. Escriba aqui o en un anexo separado cualquier otra información que Ud. quiera presentar para la Corte..

EL ACTA *BRADY ACT* de 1993, EXIGE LOS SIGUIENTES DATOS:

Etnicidad de la Persona Protegida: ☐ Hispánica ☐ No Hispánica - ☐ Rehusa ☐ NO SABE
Raza de la Persona Protegida: ☐ Asiática ☐ Negra, Afro Americana ☐ Indígena Norte Americana o de Alaska
☐ Blanca ☐ NO SABE ☐ Otra Raza(detalle): _____

DECLARACIÓN JURADA

STATE OF TEXAS
COUNTY OF DALLAS

§
§

En mi presencia como autoridad suscrita, apareció ante mi (nombre TUTOR/GUARDIAN) _____, quien, después de dar fe bajo pena de perjurio afirma decir en verdad que el reporte presentado es la declaración fiel, completa y correcta, de las condiciones actuales, patrimonio y salud de (PERSONA PROTEGIDA/WARD) _____, en la fecha de esta declaración.

Por esta firma declare que he presentado y comunicado, o presentare y comunicare a la Persona Protegida, a más tardar dentro de una semana de mi firma aquí suscrita, la Carta de Derechos para las Personas Protegidas a través de la Tutela prescrita en el código legal *Texas Estates Code* § 1151.351.

Firmado: _____

TUTOR(A) DE LA PERSONA (firmado)

TUTOR(A) DE LA PERSONA (estampado)

JURADO y suscrito ante mi este día _____ del mes de _____, del 20 _____.

Notary Public in and for the State of Texas

CUANDO EL TUTOR HAYA COMPLETADO SU REPORTE Y ESTÉ LISTO PARA ENTREGAR A LA CORTE, ENVÍENLO A :

John F. Warren, Dallas County Clerk, Probate Department
2nd Floor, Records Building
509 Main Street
Dallas, Texas 75202-3504

ATENCIÓN: Para el Proposito de Informacion Solamente – No para presentar a la Corte.

CAUSA NO. _____

EN LA TUTELA DE § **EN EL TRIBUNAL TESTAMENTARIO**
_____, § **NUMERO** _____ **DEL**
UNA PERSONA DESCAPACITADA § **CONDADO DE DALLAS, TEXAS**

**ORDEN Y VISTO BUENO DEL REPORTE ANUAL
DEL TUTOR DE LA PERSONA**

En la fecha que se indica *infra* se consideró el Reporte Anual del Tutor de la Persona sobre la
Vivienda, y el Bien Estar de _____ y esta Corte, luego de examinar dicho
Reporte otorga y registra su VISTO BUENO.

FIRMADO en este dia _____ del mes de _____, del 20____.

JUEZ PRESIDENTE