



Nombre y Apellido(s) \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido(s)  
\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Apto., Unidad, No. etc.) (Municipio) (Estado) (Código Postal)

Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ Relación con el/la Demandado/a: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Un documento adjunto a esta solicitud contiene información sobre los co-Tutor(es).**

**4. Él o ella tiene prioridad con respecto al nombramiento porque es (marque una opción):**

- Nombrado por el/la Demandado/a como parte de un poder duradero;  Padre/madre del/de la Demandado/a o un nombramiento parental; O  
 Cónyuge del/de la Demandado/a, o un nombramiento conyugal;  Ninguna de las opciones anteriores.

Indique la razón por la que se debería(n) nombrar al/a los tutor(es) propuestos:

**5. Esta solicitud es para nombrar un (marque uno):**

- Tutor Limitado. Indique los poderes que se buscan:  
 para solicitar el seguro médico, incluido el MassHealth, de parte del/de la Demandado/a;  
 para conseguir copias de estados de cuenta o de cualquier otro documento de los bancos, compañías de seguro u otras instituciones financieras que verifiquen los saldos y las transacciones de las cuentas a nombre de la Persona Incapacitada, sean individuales o compartidas.  
 Otro:

- Tutor General. Indique las razones por las que una Tutela Limitada sería inapropiada:

**6. Un Certificado Médico con fecha de evaluación dentro de los 30 días tras presentarse la solicitud o, si se supone que el/la Demandado/a tiene una discapacidad intelectual, un Informe del Equipo Clínico con fecha de evaluación dentro de los 180 días tras presentarse la solicitud:**

- se presenta junto con esta Solicitud, o consta ya en los expedientes del Tribunal (No. de Caso \_\_\_\_\_); O  
 no se presenta junto con esta Solicitud, ni consta en los expedientes del Tribunal.

Si no se entrega un Certificado Médico o un Informe del Equipo Clínico con esta Solicitud, ni consta una copia de estos en los expedientes del Tribunal, usted tendrá que presentar sin demora una moción solicitando que el Tribunal permita que se presente esta Solicitud tarde, o que se le exima de la obligación de presentar la misma. Una declaración jurada tiene que acompañar la moción para explicar el motivo por el que es imposible presentar un Certificado Médico o un Informe del Equipo Clínico juntos con esta Solicitud.

**7. Se explica por qué se necesita la tutela en el Certificado Médico o el Informe del Equipo Clínico que se entrega junto a esta solicitud, o se describe de la siguiente manera:**

**8. La índole y el alcance de la supuesta incapacidad del/de la Demandado/a se explica en detalle en el Certificado Médico o en el Informe del Equipo Clínico que se entrega junto a esta solicitud, o se describe de la siguiente manera:**

**9. Enumere lo siguiente con respecto al/a la Demandado/a:**

- a. Cónyuge, si hay.
- b. Hijos, si hay. Si no, enumere a los padres y hermanos o, si tampoco existen, enumere los herederos, sean naturales o presuntos.
- c. Tutor actual, sea dentro o fuera de Massachusetts;
- d. Tutor nominado, sea dentro o fuera de Massachusetts;
- e. Curador actual, dentro o fuera de Massachusetts;
- f. Agente de Atención de Salud;
- g. Poder Duradero/Agente;
- h. Tutor de Seguro Social/SSI; y/o
- i. Cuidador en los últimos 60 días.

Nombre y Apellido(s)	Dirección Principal	Teléfono Principal	Relación (Marque todo lo que corresponda)	Indique si esta persona es:
			<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Tutor Nominado <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Pariente: _____ (relación)	<input type="checkbox"/> Menor de edad <input type="checkbox"/> No capacitada
			<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Tutor Nominado <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Pariente: _____ (relación)	<input type="checkbox"/> Menor de edad <input type="checkbox"/> No capacitada
			<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Tutor Nominado <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Pariente: _____ (relación)	<input type="checkbox"/> Menor de edad <input type="checkbox"/> No capacitada

10. ¿Tiene el/la Demandado/a , dentro o fuera de Massachusetts:		En caso afirmativo, una copia del documento:	<b>Información/Explicación:</b> (Si se ha presentado una Solicitud que ha sido denegada, anote el nombre del Tribunal y el Número de Caso pendiente)
Un Tutor actual?	<input type="checkbox"/> Sí, y los datos de la persona se enumeran bajo Q.9 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Se adjunta <input type="checkbox"/> No está disponible	
Un documento nominando a un Tutor?	<input type="checkbox"/> Sí, y los datos de la persona se enumeran bajo Q.9 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Se adjunta <input type="checkbox"/> No está disponible	
Un Curador actual?	<input type="checkbox"/> Sí, y los datos de la persona se enumeran bajo Q.9 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Se adjunta <input type="checkbox"/> No está disponible	
Un Tutor de Seguro Social/SSI?	<input type="checkbox"/> Sí, y los datos de la persona se enumeran bajo Q.9 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Se adjunta <input type="checkbox"/> No está disponible	
Un Agente de Atención de Salud?	<input type="checkbox"/> Sí, y los datos de la persona se enumeran bajo Q.9 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Se adjunta <input type="checkbox"/> No está disponible	
Poder Duradero/Agente?	<input type="checkbox"/> Sí, y los datos de la persona se enumeran bajo Q.9 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Se adjunta <input type="checkbox"/> No está disponible	

11. El/La  ha  no ha autorizado un conjunto de Órdenes Médicas para Tratamientos de Soporte Vital (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment, MOLST, por sus siglas en inglés)

12. El/La  tiene  no tiene derecho a beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos  No se sabe.

13. ¿Tiene el/la Demandado/a bienes, ej. cuentas bancarias, propiedad?  Sí  No  No se sabe.  
**En caso afirmativo, enumérelos:**

Descripción de Bienes, ej. Cuentas Bancarias, Propiedades, Seguro, Pensiones NO INCLUYA LOS NOMBRES DE LAS INSTITUCIONES O LOS NÚMEROS DE CUENTAS	Valor Aproximado de las Propiedades
<b>Total</b>	

Un documento adjunto a esta Solicitud contiene información adicional.  Sí  No  No se sabe.

14. ¿El/la Demandado/a tiene algún ingreso previsto?  
**En caso afirmativo, enumérelos:**

Descripción de Ingresos, ej. Seguridad Social, Intereses NO INCLUYA LOS NOMBRES DE LAS INSTITUCIONES O LOS NÚMEROS DE CUENTAS	Monto de Ingresos Mensuales Previstos o Recibos
<b>Total</b>	

Un documento adjunto a esta Solicitud contiene información adicional.

15.  **El Solicitante busca la autorización del Tribunal:**

- para ingresar al/a la Demandado/a en una residencia médica;
- para tratar al/a la Demandado/a con medicamentos antipsicóticos, de acuerdo con un plan de tratamiento;
- para el tratamiento o la acción que se indica a continuación, y podrían exigir una determinación de competencia médica:

para revocar el Representante de Atención de Salud del/de la Demandado/a.

**POR LO TANTO, EL SOLICITANTE PIDE QUE ESTE HONORABLE TRIBUNAL:**

Nombre a/al  Solicitante

Nombre

Inicial del Segundo Nombre

Apellido(s)

Una persona adecuada

como  tutor(es) limitado(s)  tutor(es) general(es) del/de la Demandado/a con toda la autorización específica que se pida en el párrafo 15 anterior.

El Solicitante pide que el Tribunal elimine las cauciones de la Fianza por los siguientes motivos:

El/La Demandado/a tiene mínimos fondos para ser administrados y exigirle cauciones impondría una carga financiera sobre el/la Demandado/a.

Se ha nombrado un Curador o se está solicitando uno.

Otro:

Además, el Solicitante pide que el Tribunal:

---

---

## FIRMADO BAJO LAS PENAS DE PERJURIO

Juro o afirmo que he leído la Solicitud precedente y que las declaraciones estipuladas en la misma son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Co-solicitante (si hay)

Accedo a la Solicitud precedente:

Nombre escrito en letras de molde

Firma

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abogado del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del Abogado

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letras de molde)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Apto, Unidad, No. etc.)

\_\_\_\_\_  
(Municipio)

\_\_\_\_\_  
(Estado)

\_\_\_\_\_  
(Código Postal)

Teléfono

Principal: \_\_\_\_\_

B.B.O. # \_\_\_\_\_

Correo

electrónico: \_\_\_\_\_