SOLICITUD PARA NOMBRARLE UN TUTOR A UNA PERSONA INCAPACITADA	No. de Caso	**Estado de Massachusetts** **Tribunal de Primera Instancia** **Tribunal de Familia, Testamentos y Sucesiones**
En beneficio de: _____ _____ _____ Nombre Segundo Nombre Apellido(s) **Persona Supuestamente Incapacitada/Demandada**		_____ **División** OFFICIAL TRIAL COURT TRANSLATION COMMITTEE Spanish 5/28/2024

El Tribunal alentará el desarrollo de la máxima independencia y autonomía para la Persona Incapacitada y, solamente dará órdenes de nombramiento o de otra clase, de ser necesario, en función de las limitaciones de la Persona Incapacitada u otras condiciones que justifiquen el procedimiento.

1. **Información del Demandado:**

Nombre y Apellido(s): _____ _____ _____
Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido(s)

Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Otro:_____ Teléfono principal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____

Domicilio principal: _____ _____ _____ _____ _____
(Dirección) (Apto., Unidad, No. etc.) (Municipio) (Estado) (Código Postal)

Fecha en la que empezó a residir en esa dirección: _____

Dirección Actual: ☐ La anterior o ☐ la siguiente:

_____ _____ _____ _____ _____
(Dirección) (Apto., Unidad, No. etc.) (Municipio) (Estado) (Código Postal)

Si se designa un tutor, el Demandado/a vivirá en ☐ Domicilio Principal ☐ Dirección Actual ☐ la siguiente dirección:

_____ _____ _____ _____ _____
(Dirección) (Apto., Unidad, No. etc.) (Municipio) (Estado) (Código Postal)

Se alega que el/la Demandado/a ☐ tiene ☐ no tiene una discapacidad intelectual.

2. **Información sobre el/la Solicitante:**

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: _____

Indique su interés en el nombramiento:

☐ **Un documento adjunto a esta solicitud contiene información sobre otros co-solicitantes.**

3. **El Solicitante pide:**

☐ ser nombrado como Tutor ☐ que se nombre a una persona apta como Tutor ☐ que se nombre a la persona a continuación como Tutor:

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;

☐ Cónyuge del/de la Demandado/a, o un nombramiento conyugal;

☐ Padre/madre del/de la Demandado/a o un nombramiento parental; O

☐ 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:

O

◯ 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:
			☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Tutor ☐ Tutor Nominado ☐ Curador ☐ Pariente: _____ (relación) ☐ Tutor de Seguro Social/SSI ☐ Representante para Atención Médica ☐ Poseedor de un Poder Duradero ☐ Tuvo control del cuidado y custodia en los últimos 60 días.	☐ Menor de edad ☐ No capacitada
			☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Tutor ☐ Tutor Nominado ☐ Curador ☐ Pariente: _____ (relación) ☐ Tutor de Seguro Social/SSI ☐ Representante para Atención Médica ☐ Poseedor de un Poder Duradero ☐ Tuvo control del cuidado y custodia en los últimos 60 días.	☐ Menor de edad ☐ No capacitada
			☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Tutor ☐ Tutor Nominado ☐ Curador ☐ Pariente: _____ (relación) ☐ Tutor de Seguro Social/SSI ☐ Representante para Atención Médica ☐ Poseedor de un Poder Duradero ☐ Tuvo control del cuidado y custodia en los últimos 60 días.	☐ Menor de edad ☐ No capacitada

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

11. El/La Demandado/a ☐ 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 Demandado/a ☐ 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**
Total	

☐ Un documento adjunto a esta Solicitud contiene información adicional.

14. ¿El/la Demandado/a tiene algún ingreso previsto? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe.
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**
Total	

☐ 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: _____