

Referencia solamente. NO se puede entregar al tribunal.

<b>PLAN FINANCIERO DE CURADOR</b>	<b>N° de expediente:</b>	<b>Estado de Massachusetts Tribunal de Primera Instancia Tribunal de Asuntos de Familia, Testamentos y Sucesiones</b>
En interés de:  Nombre                      Segundo nombre                      Apellido	<b>División</b> _____	
<b>Persona protegida</b>		
<b>Fecha del nombramiento del curador</b> _____		

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del(os) curador(es)),  
Nombre                      Inicial del segundo nombre                      Apellido

solicito que el juez apruebe este plan financiero de curador  inicial  modificado con fecha \_\_\_\_\_

**Información de la persona protegida:** \_\_\_\_\_  
Nombre                      Segundo nombre                      Apellido

Dirección actual (incluya el nombre de la casa de reposo o geriátrico) \_\_\_\_\_  
Dirección                      (Apto, unidad, n°, etc)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad/población)                      (Estado)                      (Código postal)

N° de teléfono principal \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Información del curador:** \_\_\_\_\_  
Nombre                      Segundo nombre                      Apellido

¿Tiene pensado cobrar honorarios por ser el curador?  Sí  No Si responde sí indique su tarifa horaria: \$ \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Su relación con la persona protegida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Dirección)                      (Apto, unidad, n°, etc)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad/población)                      (Estado)                      (Código postal)

N° de teléfono principal \_\_\_\_\_

### Parte I – Plan financiero

1. Explique brevemente las medidas que va a tomar para desarrollar o devolver a la persona protegida la capacidad para gestionar sus propias finanzas y propiedad.

2. Calcule la duración probable de la curatela, teniendo en cuenta las medidas a tomar para devolverle a la persona protegida la capacidad de gestionar sus propios asuntos.

3. ¿Tiene la persona protegida suficientes bienes en su patrimonio para cubrir los gastos de sus cuidados en la actualidad y en el futuro?  Sí  No

Si la respuesta es **No** describa el por qué y qué medidas deberían tomarse. Si quiere que el tribunal intervenga debe presentar ante el mismo el alegato apropiado (por ej. moción, petición de licencia para vender bienes raíces, petición de acuerdo de protección).

Escriba en la gráfica inferior todas las fuentes de recibos/ingresos y desembolsos/gastos previsibles. Si una categoría específica no es relevante ponga "0" en las columnas de cantidades mensuales y anuales estimadas.

**A. Recibos/Ingresos**

Indique la cantidad de recibos/ingresos recibidos tanto mensualmente como anualmente. Si la cantidad de ingreso (como el salario) se recibe de forma mensual, multiplique esa cantidad por 12 para determinar la cantidad anual estimada. Si el ingreso (por ejemplo dividendos) se recibe de forma anual, divida la cantidad entre 12 para determinar la cantidad mensual estimada.

Descripción de la categoría de recibo/ingreso	Cantidad mensual estimada	Cantidad anual estimada
Salario		
Seguro Social		
Interés/Dividendos		
Pensiones/Distribuciones de plan de jubilación		
Ingreso de rentas		
Regalos de otros		
Discapacidad, desempleo o indemnización por accidente laboral		
Otra asistencia pública (por favor indique)_____		
Otros recibos/ingresos (por favor indique)_____		
<p align="center"><b>Cantidad total de recibos/ingresos</b>  <b>Escriba las cantidades totales mensuales y anuales estimadas</b>  <b>en la Parte II (A).</b></p>		

**B. Pagos estimados por servicios profesionales**

¿Espera pagar honorarios por servicios profesionales, incluidos los que usted reciba como curador?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa escriba a continuación los pagos estimados por servicios profesionales que le asistirán a usted como curador, a la persona protegida o al patrimonio. Incluya los honorarios que usted piense recibir como curador.

Tipo de servicio profesional y nombre de la persona	Cantidad mensual estimada	Cantidad anual estimada
Curador: _____		
Tutor: _____ Nombre		
Tutor <i>ad litem</i> (abogado defensor del menor): _____ Nombre		
Costas legales para la persona protegida: _____ Nombre del abogado		
Costas legales para el curador: _____ Nombre del abogado		
Costas legales para el tutor: _____ Nombre del abogado		
Contable: _____ Nombre		
Administrador del caso: _____ Nombre		
Administrador de atención geriátrica: _____ Nombre		
Otros: _____ Nombre		
Otros: _____ Nombre		
<b>Cantidad total de pagos por servicios profesionales</b> <b>Escriba las cantidades totales en la Parte I – Sección C desembolsos/gastos.</b>		

**C. Desembolsos/Gastos**

Indique la cantidad de desembolsos/gastos tanto mensualmente como anualmente. Si un gasto (como los servicios públicos) se paga de forma mensual, multiplique la cantidad por 12 para determinar la cantidad anual estimada. Si un gasto (como los impuestos de la propiedad) se paga anualmente, divida la cantidad entre 12 para determinar la cantidad mensual estimada.

Descripción de la categoría de desembolso/gasto	Cantidad mensual estimada	Cantidad anual estimada
<b>Cantidad total de pagos por servicios profesionales (Parte B)</b>		
Distribuciones a la persona protegida		
Impuestos por ingresos		
FICA e impuestos de Medicare		
Renta		
Hipoteca		
Cuidado médico (seguro médico y recetas médicas incluidos)		
Otro seguro		
Impuestos de la propiedad y bienes		
Reparaciones y mantenimiento		
Servicios públicos, teléfonos incluidos		
Mobiliario del hogar		
Comida y artículos para el hogar		
Ropa		
Cuidado personal		
Gastos de automóvil		
Educación		
Ocio, vacaciones y viajes		
Pagos de deudas mensuales (excluyendo hipoteca)		
Otros desembolsos/gastos (por favor escriba)		
_____		
Otros desembolsos/gastos (por favor escriba)		
_____		
<b>Desembolsos y gastos totales</b> <b>Escriba las cantidades totales mensuales y anuales estimadas en Parte II (B)</b>		

**Parte II – Resumen del plan financiero (Recibos/ingresos menos desembolsos/gastos)**

Resuma a continuación el plan financiero una vez completada en detalle la información de contabilidad.

	<b>Cantidad mensual estimada</b>	<b>Cantidad anual estimada</b>
(A) Recibos/ingresos (Total de la Parte I A (anterior))	\$ _____	\$ _____
(B) Desembolsos/gastos (Total de la Parte I C (anterior))	\$ _____	\$ _____
Ingreso neto: (A) menos (B)	\$ _____	\$ _____

**El curador afirma lo siguiente:**

1. La información contenida en el plan financiero es correcta y completa. El plan propuesto es necesario para proteger y gestionar los ingresos y bienes de la persona protegida.
2. El plan financiero se basa en las necesidades reales y en el mejor interés de la persona protegida.

Entiendo que debo entregar en mano o por correo certificado copias de este plan financiero a la persona protegida en el plazo de 10 días desde el momento de su presentación en el tribunal. Indicaré que así lo he hecho completando la Constancia de notificación que figura al final de este formulario.

Entiendo que se me exige que tenga comprobantes de todos los recibos y desembolsos, incluyendo las facturas por cualquier servicio profesional. El tribunal y/o personas interesadas pueden solicitar copias en cualquier momento.

Declaro bajo pena de perjurio que a mi leal saber y entender este es un plan financiero correcto y completo de este patrimonio.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del curador

\_\_\_\_\_  
Abogado o curador sin abogado

\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Apto., unidad, n°, etc)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad/población) (Estado) (Código postal)

N° de teléfono principal: \_\_\_\_\_

N° BBO: \_\_\_\_\_

=====

**CONSTANCIA DE NOTIFICACIÓN**

Certifico que el \_\_\_\_\_ este curador envió una copia del plan financiero a la persona protegida  
(fecha)

en mano o  por correo certificado, con acuse de recibo, a la dirección que figura en la página 1 de este informe.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que hace entrega de la notificación

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre en letras de molde

\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Apto, unidad, n°, etc)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad/población) (Estado) (Código postal)



Referencia solamente. NO se puede entregar al tribunal.

N° de teléfono principal: \_\_\_\_\_

N° BBO: \_\_\_\_\_

**Anotación:** Se debe hacer entrega del plan financiero a la persona protegida.

MPC 831 (5/30/11) FPR

pág 5 de 5