



CIRCUIT COURT FOR \_\_\_\_\_, MARYLAND  
메릴랜드 순회법원 \_\_\_\_\_, 관할지

City/County  
시/카운티

Located at \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_  
소재지 \_\_\_\_\_ 전화 \_\_\_\_\_

Court Address  
법원 주소

In the Matter of  
관련당사자

Case No. \_\_\_\_\_  
사건번호 \_\_\_\_\_

Name of Alleged Disabled Person  
해당 장애인의 성명

Docket Reference  
도CKET 참조번호

**PETITION FOR GUARDIANSHIP OF ALLEGED DISABLED PERSON**

**장애인의 후견 신청**  
**(Md. Rule 10-112)**  
**(메릴랜드 규칙 10-112)**

**INSTRUCTIONS**

**지침**

1. Use this form of petition when a guardianship of an alleged disabled person, as defined in Code, Estates & Trusts Article, § 13-101(f) and Rule 10-103(b) is sought.  
규정, 부동산 & 신탁 조항, § 13-101(f) 및 규칙 10-103(b)에 규정된 것과 같이 장애인의 보호인을 구하는 경우 본 청원서를 사용하십시오.
2. If the subject of the petition is a minor including a disabled minor, use the form petition set forth in Rule 10-111.  
청원서가 장애인 미성년자를 포함하여 미성년자에 대한 경우, 규칙 10-111.
3. If guardianship of more than one alleged disabled person is sought, a separate petition must be filed for each alleged disabled person.  
한 명 이상의 장애인에 대한 보호인을 구하는 경우, 각 장애인에 대해 각각의 청원서를 접수하여야 합니다.
4. If the petition is to be filed in the Circuit Court for Baltimore City, use "Baltimore City" as the name of the county.  
청원서를 볼티모어시 순회법원에서 접수하는 경우, 카운티명을 "볼티모어시"로 적습니다.

Guardianship of Person  
미성년자 본인의 후견

Guardianship of Property  
미성년자의 재산의 후견

Guardianship of Person and Property  
미성년자 본인과 재산의 후견

The petitioner, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, whose  
Name Age  
address is \_\_\_\_\_,  
and whose telephone number is \_\_\_\_\_, and whose e-mail address (if available) is \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, represents to the court that:

신청인, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
성명 연령

주소: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_, 이메일 주소(있는 경우): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, 은(는) 법원에 아래와 같이 진술합니다:

1. The alleged disabled person \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Age  
born on the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, whose gender is  
Month Year  
\_\_\_\_\_, resides at \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

해당 장애인 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 연령  
출생일: \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 성별을 다음과 같음  
\_\_\_\_\_, 다음 주소에 거주 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 년  
\_\_\_\_\_

2. If the alleged disabled person does not reside in the county in which this petition is filed, state the place in this county where the alleged disabled person is currently located \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

해당 장애인이 이 신청서가 제출되는 카운티에 거주하고 있지 않을 경우, 그 장애인이 현재 소재하고 있는 이 카운티의 장소를 명시하십시오: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOTE:** For purposes of this form, “county” includes Baltimore City.  
주: 이 양식의 목적상, “카운티”에는 볼티모어 시가 포함됩니다.

3. The relationship of petitioner to the alleged disabled person is \_\_\_\_\_  
신청인의 해당되는 장애인에 대한 관계는입니다 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. The alleged disabled person  
해당 장애인은

is a beneficiary of the Department of Veterans Affairs and the guardian may expect to receive benefits from that Department.

보훈부의 수혜자이며 후견인은 해당 보훈부의 혜택을 받을 것으로 기대할 수 있습니다.

is not a beneficiary of the Department of Veterans Affairs.

보훈부의 수혜자가 아닙니다.

5. Complete Section 5 if the petitioner is asking the court to appoint the petitioner as the guardian.  
(Check only one of the following boxes)

신청인이 법원에 신청인을 후견인으로 선임해 줄 것을 요청할 경우 섹션 5 를 작성하십시오.  
(다음 상자 중 하나만 체크하십시오)

I have not been convicted of a crime listed in Code, Estates and Trusts Article, § 11-114.  
본인은 메릴랜드법 '유산 및 신탁' 조항 § 11-114 에 열거된 범죄로 유죄선고를 받은 적이 없습니다.

I was convicted of such a crime, namely, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. The conviction occurred in

\_\_\_\_\_, in the \_\_\_\_\_  
Year Name of court

but the following good cause exists for me to be appointed as guardian: \_\_\_\_\_

본인은 그러한 범죄, 즉 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, 로 유죄선고를 받았습니다. \_\_\_\_\_

년 \_\_\_\_\_ 법원명  
에서 유죄선고가 내려졌지만, 아래와 같이, 본인을 후견인으로 선임할 정당한 이유가 있습니다: \_\_\_\_\_

6. Complete Section 6 if the petitioner is asking the court to appoint an individual other than the petitioner as the guardian.

신청인이 법원에 신청인 이외의 다른 사람을 후견인으로 선임하도록 요청하는 경우라면 섹션 6 을 작성하십시오

6 a. Prospective Guardian of the Person (Complete section 6 a if seeking guardianship of the person.)

The name of the prospective guardian of the person is \_\_\_\_\_

and that individual's age is \_\_\_\_\_. The relationship of that individual to the alleged disabled person is

본인의 유망한 후견인(본인의 후견을 구할 경우 섹션 6a 를 작성하십시오.)

본인의 유망한 후견인의 성명은 \_\_\_\_\_

이고, 그 사람의 연령은 \_\_\_\_\_ 세입니다. 그 사람의 해당 장애인에 대한 관계는

(Check only one of the following boxes)  
입니다. (다음 상자 중 하나만 체크하십시오)

\_\_\_\_\_ has not been convicted of a crime listed in

Name of prospective guardian  
유망한 후견인의 성명

은(는) 메릴랜드법 '유산 및 신탁' 조항

Code, Estates and Trusts Article, § 11-114.  
§ 11-114 에 열거된 범죄로 유죄선고를 받은 적이 없습니다.

\_\_\_\_\_ was convicted of such a crime, namely  
Name of prospective guardian (는) 그러한 다음의 범죄로 유죄선고를 받았습니다  
유망한 후견인의 성명

The conviction occurred in \_\_\_\_\_, in the \_\_\_\_\_  
Year Name of court  
but the following good cause exists for the individual to be appointed as guardian: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_로 유죄선고를 받았습니다 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
년 법원명  
에서 유죄선고가 내려졌지만, 아래와 같이, 본인을 후견인으로 선임할 정당한 이유가 있습니다: \_\_\_\_\_

6 b. Prospective Guardian of the Property (Complete section 6 b if the prospective guardian of the property is different from the prospective guardian of the person or if guardianship of the person is not sought.)

재산의 유망한 후견인 (재산의 유망한 후견인이 본인의 유망한 후견인과 다르거나 본인의 후견을 구하고 있지 않을 경우, 섹션 6b를 작성하십시오.)

The name of the prospective guardian of the property is \_\_\_\_\_  
and that individual's age is \_\_\_\_\_. The relationship of that individual to the alleged disabled person is \_\_\_\_\_

재산의 유망한 후견인의 성명은 \_\_\_\_\_  
이며, 그 사람의 연령은 \_\_\_\_\_ 세입니다. 그 사람의 해당 장애인에 대한 관계는 \_\_\_\_\_

(Check only one of the following boxes)  
(다음 상자 중 하나만 체크하십시오)

\_\_\_\_\_ has not been convicted of a crime listed in  
Name of prospective guardian (는) 메릴랜드법 '유산 및 신탁' 조항  
유망한 후견인의 성명

Estates and Trusts Article, § 11-114.  
§ 11-114 에 열거된 범죄로 유죄선고를 받은 적이 없습니다.

\_\_\_\_\_ was convicted of such a crime, namely  
Name of prospective guardian (는) 그러한 다음의 범죄로 유죄선고를 받았습니다  
유망한 후견인의 성명

The conviction occurred in \_\_\_\_\_, in the \_\_\_\_\_  
 Year Name of court  
 but the following good cause exists for the individual to be appointed as guardian: \_\_\_\_\_

로 유죄선고를 받았습다 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 년 법원명  
 에서 유죄선고가 내려졌지만, 아래와 같이, 본인을 후견인으로 선임할 정당한 이유가 있습니다: \_\_\_\_\_

7. If the alleged disabled person resides with the petitioner, then state the name and address of any additional person on whom initial service shall be made: \_\_\_\_\_

해당 장애인이 신청인과 함께 살고 있을 경우, 첫 송달을 받을 추가 인물의 성명과 주소를 기재하십시오: \_\_\_\_\_

8. The following is a list of the names, addresses, telephone numbers, and e-mail addresses, if known, of all interested persons (see Code, Estates and Trusts Article, § 13-101(k)).

다음은 모든 이해관계인의 성명, 주소, 전화번호, 이메일 주소 목록입니다 (메릴랜드법 '유산 및 신탁' 조항 § 13-101(k) 참조).

Person or health care agent designated in writing by alleged disabled person:

해당 장애인에 의해 서면으로 지명된 사람 또는 건강관리 대리인:

Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
------------	---------------	--------------------------	---

Spouse or Registered Domestic Partner:

배우자 또는 등록된 동거 파트너:

Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
------------	---------------	--------------------------	---

Parents:

부모:

Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
------------	---------------	--------------------------	---

Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
------------	---------------	--------------------------	---

Adult children:  
 성인인 자녀:

Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)

Adult grandchildren\*:  
 성인인 손주\*:

Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)

Siblings\*:  
 형제자매\*:

Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)

\*Note: Adult grandchildren and siblings need not be listed unless there is no spouse or registered domestic partner and there are no parents or adult children.

\*비고: 성인 손주 및 형제 자매는 배우자 또는 등록된 동거 파트너가 없고 부모 또는 성인 자녀가 없는 경우가 아닌 경우 기재할 필요가 없습니다.

Any other heirs at law:  
 다른 법정 상속인:

Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
------------	---------------	--------------------------	---

Guardian (if appointed):  
 후견인 (선임된 경우):

Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
------------	---------------	--------------------------	---

Any person holding a power of attorney of the alleged disabled person:  
 해당 장애인의 위임장을 소지하고 있는 사람:

Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
------------	---------------	--------------------------	---

Alleged disabled person's attorney:  
 해당 장애인의 변호인:

Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
------------	---------------	--------------------------	---

A supporter pursuant to a supported decision-making agreement:  
 지원 의사 결정 동의서에 따른 후원자:

Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
------------	---------------	--------------------------	---

Any other person who has assumed responsibility for the alleged disabled person:  
 해당 장애인에 대해 추정적 책임을 지고 있는 다른 사람:

Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
------------	---------------	--------------------------	---

Any government agency paying benefits to or for the alleged disabled person:  
 해당 장애인에게 또는 해당 장애인을 위해 급여를 지급하고 있는 정부기관:

Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
------------	---------------	--------------------------	---

Any person having an interest in the property of the alleged disabled person:  
 해당 장애인의 재산에 이해관계가 있는 사람:

Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
------------	---------------	--------------------------	---

All other persons exercising control over the alleged disabled person or the person's property:  
 해당 장애인 또는 그 사람의 재산에 대하여 통제권을 행사하는 다른 모든 사람들:

Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
------------	---------------	--------------------------	---

A person or agency eligible to serve as guardian of the person of the alleged disabled person (Choose A or B below):  
 해당 장애인 본인의 후견인으로서 송달을 할 자격이 있는 사람이나 기관(아래에서 A 또는 B 중에서 선택):

A. Director of the local area agency on aging (if alleged disabled person is age 65 or over):  
 A. 지역 노인 기관의 기관장(해당 장애인의 나이가 65세 이상일 경우):

Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
------------	---------------	--------------------------	---

B. Local department of social services (if alleged disabled person is under age 65):  
 B. 지역의 사회복지부(해당 장애인이 65세 미만일 경우):

Name 성명	Address 주소	Telephone Number 전화번호	E-mail Address (if known) 이메일 주소 (알려져 있는 경우)
------------	---------------	--------------------------	---

9. The names and addresses of the persons with whom the alleged disabled person resides or has resided over the past five years and the approximate dates of the alleged disabled person's residence with each person are as follows:  
 지난 5년 동안 미성년자가 함께 거주했던 사람들의 성명과 주소, 각 사람이 미성년자와 함께 거주한 대략적인 일자는 아래와 같습니다:

<u>Name</u> 성명	<u>Address</u> 주소	<u>Approximate Dates</u> 대략적 일자

10. A brief description of the alleged disability and how it affects the alleged disabled person's ability to function is as follows: \_\_\_\_\_

해당 장애와 그 장애가 해당 장애인의 능력에 어떤 영향을 미치고 있는지에 대한 간략한 설명은 아래와 같습니다: \_\_\_\_\_

11. (a) Guardianship of the Person is sought because

\_\_\_\_\_ cannot make or communicate responsible decisions

Name of alleged disabled person

concerning health care, food, clothing, or shelter, because of mental disability, disease, habitual drunkenness, addiction to drugs, or other addictions. State the relevant facts:

(a)

\_\_\_\_\_ 해당 장애인의 성명

\_\_\_\_\_ 는(은) 장애인의 성명 중독, 또는 보호소 등에 대해 결정을 내릴 수 없거나 정신적 장애, 질병, 습관성 주취, 약물 해당



책임있는 의사전달을 할 수 없기 때문에 이 사람을 위한 후견을 구합니다. 관련 사실을 진술:

(b) Describe less restrictive alternatives that have been attempted and have failed (see Code, Estates and Trusts Article, § 13-705(b)): \_\_\_\_\_

시도되었지만 실패한 덜 제한적인 대안을 설명 (메릴랜드법, '유산 및 신탁' 조항 § 13- 705(b) 참조): \_\_\_\_\_

12. (a) Guardianship of the Property is sought because \_\_\_\_\_

Name of alleged disabled person

cannot manage property and affairs effectively because of physical or mental disability, disease, habitual drunkenness, addiction to drugs or other addictions, imprisonment, compulsory hospitalization, detention by a foreign power, or disappearance. State the relevant facts:

(a) \_\_\_\_\_ 는(은)  
해당 장애인의 성명

신체적 또는 정신적 해당 장애인의 성명 장애, 질병, 습관성 주취, 약물 중독, 기타 중독, 복역, 강제 입원, 외국 통치권에 의한 억류, 실종 등의 문제로 재산 문제를 효과적으로 관리할 수 없기 때문에 그 재산에 대한 후견을 구합니다. 관련 사실을 진술:

(b) Describe less restrictive alternatives that have been attempted and have failed (see Code, Estates and Trusts Article, § 13-201): \_\_\_\_\_

시도되었지만 실패한 덜 제한적인 대안을 설명 (메릴랜드법, '유산 및 신탁' 조항 § 13-201 참조): \_\_\_\_\_

13. If this petition is for Guardianship of the Property, the following is the list of all the property in which the alleged disabled person has any interest, including an absolute interest, a joint interest, or an interest less than absolute (e.g. trust, life estate):

이 신청서가 재산의 후견을 위한 것일 경우, 다음은 해당 장애인이 절대적 이해관계, 공동의 이해관계, 또는 절대적 이해관계보다 적은 이해관계(예: 신탁, 종신 부동산)를 가지고 있는 모든 재산의 목록입니다.

<u>Property</u> 부동산	<u>Location</u> 소재지	<u>Value</u> 가액	Sole Owner; Joint Owner, (specify type), Life Tenant, Trustee, Custodian, Agent, etc. 단독 소유자, 공동 소유자 (특정 유형), 종신차지인, 수탁자, 양육권자 대리인 등
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

14. The petitioner's interest in the property of the alleged disabled person listed in 13 is  
 13에 열거된 장애인의 재산에 대한 신청인의 이해관계는

15. If a guardian or conservator has been appointed for the alleged disabled person in another proceeding, the name and address of the guardian or conservator and the court that appointed the guardian or conservator are as follows:

다른 절차에서 해당 장애인을 위하여 후견인 또는 관리자가 선임된 경우, 그 후견인이나 관리자의 성명과 주소, 선임한 법원은 아래와 같습니다:

Name 성명	Address 주소
_____	_____
Court 법원	
_____	

16. All other proceedings regarding the alleged disabled person (including criminal) are as follows:  
 해당 장애인에 대한 기타 모든 소송 절차(형사절차 포함)는 다음과 같습니다:

17. All exhibits required by the instructions below are attached.  
 아래 지침에 의해 요구되는 모든 증거물이 첨부되어 있습니다.

WHEREFORE, petitioner requests that this court issue an order to direct all interested persons to show cause why a guardian of the  person  property  person and property of the alleged disabled person should not be appointed, and (if applicable)

이러한 이유로써, 신청인은, 본 법원이 모든 이해관계인에게, 아래의 대상에 대해 해당 장애인의 후견인으로 선임되어서는 안 되는 근거 및 본인 재산 본인과 재산 (해당될 경우)

should not be appointed as the guardian.

이(가) 후견인으로 선임되어서는 안 유망한 후견인의 성명 되는 근거를 제시할 것을 지시하는 명령을 발부해 주실 것을 신청합니다.

Name of prospective guardian  
유망한 후견인의 성명

Date  
날짜

Attorney's Signature  
변호인의 서명

Attorney Number  
변호사 번호

Telephone Number  
전화번호

Attorney's Name  
변호인의 성명

Fax  
팩스

Attorney's Address  
변호인의 주소

E-mail  
이메일

City, State, Zip  
도시, 주, 우편번호

If there is no attorney:  
변호사가 없는 경우:

Petitioner's Address  
청원인의 주소

City, State, Zip  
도시, 주, 우편번호

Telephone Number  
전화번호

E-mail  
이메일

Fax  
팩스

Petitioner solemnly affirms under the penalties of perjury that the contents of this document are true to the best of petitioner's knowledge, information, and belief.

청원인은 위증죄의 죄책을 인지하면서, 이 문서의 내용은 청원인의 지식, 정보, 믿음에 비추어 진실한 것임을 엄숙하게 확인합니다.

Date  
날짜

Petitioner's Name  
청원인의 성명

Petitioner's E-mail  
청원인의 이메일

Petitioner's Signature  
청원인의 서명

**ADDITIONAL INSTRUCTIONS**

**추가 지침**

1. The required exhibits are as follows:

요구되는 증거물은 다음과 같습니다.

- (a) A copy of any instrument nominating a guardian;  
후견인을 지명하는 문서의 사본
- (b) A copy of any power of attorney (including a durable power of attorney for health care) which the alleged disabled person has given to someone;  
해당 장애인이 누군가에게 부여한 위임장 (건강관리를 위한 내구성 위임장 포함) 사본.
- (c) A copy of any written supported decision-making agreement  
(see Code, Estates and Trusts Article, § 18-107);  
서면 지원 의사 결정 동의서 사본  
(법령, 재산 및 신탁 조항, § 18-107 참조);
- (d) Signed and verified certificates of competency from the following health care professionals licensed to practice medicine in the United States who have examined or evaluated the disabled person:
  - 1) Two licensed physicians; or
  - 2) One licensed physician, and one licensed psychologist, licensed certified social worker–clinical, or nurse practitioner. An examination or evaluation by at least one of the healthcare professionals must have occurred within 21 days before the filing of the petition (see Code, Estates and Trusts Article, §13-103 and §1-102 (a) and (b)).미국에서 의료 행위를 할 수 있는 면허를 소지하고 해당 장애인을 검사 또는 평가한 다음 의료 전문가가 서명하고 증명한 역량 인증서:
  - 1) 두 명의 면허 소지 의사 또는
  - 2) 한 명의 면허 소지 의사 및 한 명의 면허 소지 심리학자, 면허 소지 공인 사회복지사, 임상 의 또는 임상 간호사. 최소한 한 사람의 건강관리 전문가에 의한 검사나 평가는 신청서를 제출하기 21일 전 이내에 이루어져야 해야 합니다.(메릴랜드법 '유산 및 신탁' 조항 § 13-103, § 1-102 (a) 및 (b)).

2. Attach additional sheets to answer all the information requested in this petition, if necessary.

필요할 경우, 이 신청서에서 요구되는 모든 정보에 답하기 위해 추가 용지를 첨부하십시오.