

The forms are in bilingual format for your convenience, but must be completed and filed with the court in English.
Le format bilingue des formulaires a pour objet de vous faciliter la tâche, mais il faudra remplir et déposer les formulaires en anglais auprès du tribunal.



TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DE _____, MARYLAND

City/County
Ville/Comté

Located at _____ Telephone _____
Situé à _____ Téléphone _____

Court Address
Adresse du tribunal

In the Matter of _____ Case No. _____
Dans l'affaire concernant _____ l'affaire N° _____

Name of Disabled Person
Nom de la personne handicapée

Docket Reference
Référence du registre

ANNUAL REPORT OF GUARDIAN OF DISABLED PERSON
RAPPORT ANNUEL DE TUTEUR DE PERSONNE HANDICAPÉE
(Md. Rule 10-206(e))
(Règle 10-206(e) du Md.)

NOTE: Guardians of the person of disabled persons must complete and file this form each year within 60 days of the anniversary of their appointment, or as the court otherwise directs. Attach additional sheets if needed.

REMARQUE : Les tuteurs de personnes handicapées doivent remplir et déposer ce formulaire tous les ans dans les 60 jours suivant la date anniversaire de leur nomination, ou selon les directives du tribunal. Veuillez joindre des pages supplémentaires si nécessaire.

If a section of this form does not apply, write "Not applicable" or "N/A."
Si une section de ce formulaire ne s'applique pas, veuillez écrire « Non applicable » ou « N/A ».

Disabled person's Date of Birth: _____

Date de naissance de la personne handicapée : _____

Gender: _____

Sexe : _____

REPORTING PERIOD
PÉRIODE DE RAPPORT

I/We, _____ and (if applicable) _____,
Name of Guardian Name of Guardian 2

Je/Nous, _____ et (si applicable) _____,
Nom du tuteur Nom du 2ème tuteur

make this annual report for the period of _____ to _____ .
Date Date

fais/faisons ce rapport annuel pour la période du _____ au _____ .
Date Date

Part I. Information about the disabled person
Partie I. Informations à propos de la personne handicapée

A. RESIDENCE AND HOUSING
RÉSIDENCE ET LOGEMENT

Disabled person's address (where that person lives or is physically present):
Adresse de la personne handicapée (où la personne réside ou est physiquement présente) :

Street Address
Adresse

City, state, zip
Ville, État, Code postal

Select all that apply:

Veillez sélectionner tout ce qui s'applique :

This is the disabled person's permanent residence.

Il s'agit de la résidence permanente de la personne handicapée.

This is not the disabled person's permanent residence. The disabled person's permanent residence is: _____ .

Street Address

City, state, zip

Il ne s'agit pas la résidence permanente de la personne handicapée. La résidence permanente de la personne handicapée est : _____ .

Adresse

Ville, état, code postal

This is a new address (check if the disabled person's address changed since the last annual report or since your appointment as guardian if this is your first report).

Il s'agit d'une nouvelle adresse (veuillez vérifier si l'adresse de la personne handicapée a changé depuis le dernier rapport annuel ou depuis votre nomination en tant que tuteur s'il s'agit de votre premier rapport).

Explain why the address changed:

Veillez expliquer pourquoi l'adresse a changé :

Type of housing (select one):

Type de logement (veuillez choisir une option) :

Own home Guardian 1's home Guardian 2's home

Maison personnelle Maison du 1er tuteur Maison du 2ème tuteur

Relative's home: _____

Maison d'un proche : _____

Name of relative

Nom du proche

Relationship to disabled person

Lien avec la personne handicapée

Hospital or medical facility: _____
Name of hospital or facility

*Hôpital ou établissement médical : _____
Nom de l'hôpital ou établissement médical*

Type of facility (select one): nursing home assisted living

Type d'établissement (veuillez choisir une option) : maison de retraite foyer

group home residential treatment facility

de vie d'accueil médicalisé

other (describe): _____

autre (veuillez décrire) : _____

School: _____
Name of school

*Établissement scolaire : _____
Nom de l'établissement scolaire*

Do you plan to change the place where the disabled person lives? Yes* No

Avez-vous l'intention de changer le lieu de résidence de la personne handicapée ? Oui Non*

If yes, explain why:

Si oui, veuillez expliquer pourquoi :

***You may need permission from the court before you move the disabled person from one location to another (Estates & Trusts, Art., § 13-708).**

***Vous aurez peut-être besoin de l'autorisation du tribunal avant de déplacer la personne handicapée d'un endroit à un autre. (Art. Successions et fiducies, § 13-708).**

B. MEDICAL AND PERSONAL CARE

SOINS MÉDICAUX ET PERSONNELS

Conditions. List significant health or mental health issues the disabled person has (asthma, diabetes, anxiety, etc.):

Conditions. Veuillez énumérer les problèmes de santé ou de santé mentale importants dont souffre la personne handicapée (asthme, diabète, anxiété, etc.) :

<u>Issue(s)</u> <u>Problème(s)</u>	<u>Treatment/treatment plan</u> <u>Traitement/programme de traitement</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Hospitalizations. Was the disabled person hospitalized during the reporting period? Yes No

Hospitalisations. La personne handicapée a-t-elle été hospitalisée au cours de la période de rapport ? Oui Non

If yes, explain:

Si oui, veuillez expliquer :

<u>Date</u> <u>Date</u>	<u>Hospital</u> <u>Hôpital</u>	<u>Reason</u> <u>Raison</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Providers. Which medical professional(s) did the disabled person see during the reporting period?

Prestataires. Quel(s) professionnel(s) de la santé la personne handicapée a-t-elle consulté au cours de la période de rapport ?

	<u>Name</u> <u>Nom</u>	<u>City, state</u> <u>Ville, état</u>	<u>Date(s) seen</u> <u>Date(s) de visite</u>
<input type="checkbox"/> Primary care Soins de base	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dentist Dentiste	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Eye doctor Ophtalmologiste	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ear doctor ORL	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychiatrist Psychiatre	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychologist Psychologue	_____	_____	_____

Therapist
(mental health) _____
Thérapeute
(santé mentale) _____

Physical or
occupational therapist _____
Physiothérapeute
ou ergothérapeute _____

Speech therapist _____
Orthophoniste _____

Other (describe): _____
Autre (veuillez décrire) : _____

Medications. List medications the disabled person takes on a regular basis:
Médicament. Veuillez énumérer les médicaments que la personne handicapée prend régulièrement :

<u>Name</u> Nom	<u>Purpose</u> But	<u>Dosage/Schedule</u> Dosage/Moment de la prise

Personal care. Are there problems providing meals, clothing, housing, or transportation for the disabled person? Yes No
Soins personnels. Y a-t-il des problèmes pour fournir des repas, des vêtements, un logement ou un transport à la personne handicapée ? **Oui Non**

If yes, explain:
Si oui, veuillez expliquer :

C. SCHOOL AND JOB TRAINING
ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE ET FORMATION PROFESSIONNELLE

School. Does the disabled person attend school? Yes No
Établissement scolaire. La personne handicapée est-elle scolarisée ? **Oui Non**

If yes: _____

Name of school

City, state, zip

Si oui : _____
Nom de l'établissement scolaire Ville, état, code postal

Is there a care plan or an Individualized Education Program (IEP)? Yes No

Existe-t-il un plan de soins ou un programme d'éducation individualisé (IEP) ? Oui Non

If yes, did you participate in developing the care plan or IEP? Yes No

Si oui, avez-vous participé à l'élaboration du plan de soins ou du IEP ? Oui Non

Do you believe the care plan or IEP is good or appropriate for the disabled person (in that person's best interest)? Yes No (explain):

Pensez-vous que le plan de soins ou le IEP est bien ou approprié pour la personne handicapée (dans le meilleur intérêt de cette personne) ? Oui Non (veuillez expliquer) :

Job training. Is the disabled person in a job training program? Yes No

Formation professionnelle. La personne handicapée suit-elle une formation professionnelle ? Oui Non

If yes: _____
Name of program City, state, zip

Si oui : _____
Nom du programme Ville, état, code postal

Describe: _____

Veuillez décrire : _____

D. EMPLOYMENT

EMPLOI

Does the disabled person have a job? Yes No

La personne handicapée occupe-t-elle un emploi ? Oui Non

If yes: _____
Name of employer City, state, zip Hours worked per week

Si oui : _____
Nom de l'employeur Ville, état, code postal Nombre d'heures travaillées par semaine

Type of job: _____

Type de travail : _____

E. SOCIAL AND RECREATIONAL ACTIVITIES

ACTIVITÉS SOCIALES ET RÉCRÉATIVES

Describe social or recreational activities the disabled person enjoyed during the reporting period (sports, hobbies, clubs, adult day care, etc.).

Veuillez décrire les activités sociales ou récréatives auxquelles la personne handicapée a participé au cours de la période de rapport (sports, loisirs, clubs, garderie pour adultes, etc.).

F. CONTACTS

CONTACTS

Contact with you. If the disabled person does not live with you, how often did you visit the disabled person during the reporting period?

Contact avec vous. Si la personne handicapée ne vit pas avec vous, à quelle fréquence lui avez-vous rendu

visite au cours de la période de rapport ?

Describe your other types of contact with the disabled person:

Veillez décrire vos autres types de contacts avec la personne handicapée :

<u>Type</u>	<u>Frequency</u>
Type	Fréquence
<input type="checkbox"/> Telephone	_____
Téléphone :	_____
<input type="checkbox"/> Mail or e-mail	_____
Courrier ou e-mail	_____
<input type="checkbox"/> Other (describe): _____	_____
Autre (veuillez décrire) : _____	_____

Contact with others. Describe the disabled person's contact with family members during the reporting period.

Contact avec les autres. Veillez décrire les contacts de la personne handicapée avec les membres de sa famille au cours de la période de rapport.

Visitation plan. Is there a formal visitation plan (guidelines for who visits or communicates with the disabled person)? Yes No

Plan de visite. Existe-t-il un plan de visite formel (directives indiquant qui rend visite ou communique avec la personne handicapée) ? Oui Non

If yes, how is it working?

Si oui, comment fonctionne-t-il ?

G. DECISION-MAKING

PRISE DE DÉCISIONS

Describe any changes in the disabled person's ability to make decisions affecting their health.

Veillez décrire tout changement dans la capacité de la personne handicapée à prendre des décisions affectant sa santé.

Is the disabled person involved in decisions about their housing, medical care, education, employment, social

or recreational activities, etc.? (select one)

La personne handicapée est-elle impliquée dans les décisions concernant son logement, ses soins médicaux, son éducation, son emploi, ses activités sociales ou récréatives, etc. ? (veuillez choisir une option)

Yes. Describe how:

Oui. Veuillez expliquer comment :

No. Explain why:

Non, veuillez expliquer pourquoi :

H. COMMUNITY SUPPORT

SOUTIEN COMMUNAUTAIRE

List community organizations currently involved with the disabled person (case or care management, community services, government programs, religious programs, charitable organizations, etc.).

Veuillez énumérer les organismes communautaires actuellement impliqués auprès de la personne handicapée (gestion d'affaires ou de soins, services communautaires, programmes gouvernementaux, programmes religieux, organisations caritatives, etc.).

<u>Organization/Provider</u> <u>Organisation/Prestataire</u>	<u>Services received</u> <u>Services reçus</u>	<u>City, state</u> <u>Ville, état</u>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Part II. Information about the guardianship

Partie II. Informations à propos de la tutelle

A. FUNDS

FONDS

Did the guardian of the property, if any, provide funds toward the disabled person's support, care, or education? Yes No Not applicable

Le tuteur des biens, le cas échéant, a-t-il fourni des fonds pour le soutien, les soins ou l'éducation de la personne handicapée ? Oui Non Non applicable

If yes, describe (Select all that apply):

Si oui, veuillez décrire (Veuillez cocher tout ce qui s'applique) :

clothing food housing health care (co-pays, insurance, etc.)

vêtements nourriture logement soins de santé (copaiement, assurance, etc.)

transportation education extracurricular/recreational activities job training

transport éducation activités parascolaires/récréatives formation professionnelle

other (describe):

Autre (veuillez décrire) :

B. HEALTH OF GUARDIAN(S)

SANTÉ DU/DES TUTEUR(S)

Guardian 1 *(select one):*

Tuteur 1 *(veuillez choisir une option) :*

I have no serious health problems that affect my ability to serve as guardian.
Je n'ai aucun problème de santé grave affectant ma capacité à exercer les fonctions de tuteur.

I have the following serious health problems that may affect my ability to serve as guardian:
J'ai les problèmes de santé graves suivants pouvant affecter ma capacité à exercer les fonctions de tuteur :

Guardian 2 (if any) *(select one):*

Tuteur 2 (le cas échéant) *(veuillez choisir une option) :*

I have no serious health problems that affect my ability to serve as guardian.
Je n'ai aucun problème de santé grave affectant ma capacité à exercer les fonctions de tuteur.

I have the following serious health problems that may affect my ability to serve as guardian:
J'ai les problèmes de santé graves suivants pouvant affecter ma capacité à exercer les fonctions de tuteur :

C. CONTINUATION OF GUARDIANSHIP

POURSUITE DE LA TUTELLE

This guardianship *(select one):*

Cette tutelle (veuillez choisir une option) :

should be continued.
doit être poursuivie.

should not be continued for the following reason(s):
ne doit pas être poursuivi pour la/les raison(s) suivante(s) :

D. POWERS OF GUARDIAN(S)

POUVOIRS DU/DES TUTEUR(S)

My/Our powers as guardian should *(select one):*

Mes/Nos pouvoirs en tant que tuteur(s) doivent (veuillez choisir une option) :

stay the same.
rester les mêmes.

change in the following ways for the following reasons:
changer des manières suivantes pour les raisons suivantes :

E. OTHER

AUTRE

The court should be aware of the following other matters relating to this guardianship:

Le tribunal doit être informé des autres problèmes suivants relatifs à cette tutelle :

I/we solemnly affirm under the penalties of perjury that the contents of this document are true to the best of my/our knowledge, information, and belief.

Je déclare/Nous déclarons solennellement, sous peine de parjure, que le contenu de ce document est, à ma/notre connaissance et selon les informations dont je dispose/nous disposons, véridique.

<hr/> <p>Date Date</p>	<hr/> <p>Signature of Guardian 1 Signature du tuteur 1</p> <hr/> <p>Printed Name Nom en caractères d'imprimerie</p> <hr/> <p>Street Address Adresse</p> <hr/> <p>City, state, zip Ville, État, Code postal</p> <hr/> <p>Telephone Number Numéro de téléphone</p> <hr/> <p>E-mail E-mail</p> <p style="text-align: right;">Fax Télécopie</p>
----------------------------	---

This is a new address since the last report (or since appointment if this is your first report).
Il s'agit d'une nouvelle adresse par rapport au dernier rapport (ou depuis la nomination s'il s'agit de votre premier rapport).

<hr/> <p>Date Date</p>	<hr/> <p>Signature of Guardian 2 (if applicable) Signature du tuteur 2 (le cas échéant)</p> <hr/> <p>Printed Name Nom en caractères d'imprimerie</p> <hr/> <p>Street Address Adresse</p> <hr/> <p>City, state, zip Ville, État, Code postal</p> <hr/> <p>Telephone Number Numéro de téléphone</p>
----------------------------	---

This is a new address since the last report (or since appointment if this is your first report).

Il s'agit d'une nouvelle adresse par rapport au dernier rapport (ou depuis la nomination s'il s'agit de votre premier rapport).