



CIRCUIT COURT FOR _____, MARYLAND

순회법원, 관할지 _____, 메릴랜드

City/County
시/카운티

Located at _____ Telephone _____
소재지 _____ 전화번호 _____

Court Address
법원 주소

In the Matter of
관련 사건

Case No. _____
사건 번호 _____

Name of Disabled Person
관련 장애인의 성명

Docket Reference
소송사건 일람표 참조번호

ANNUAL REPORT OF GUARDIAN OF DISABLED PERSON

장애인 후견인의 연간 보고

(Md. Rule 10-206(e))

(메릴랜드주 규칙 10-206(e))

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.

참고: 장애인의 후견인은 지정 1주년 이후 60 일 이내, 또는 법원이 달리 지정한 날짜 이내에 매년 본 양식을 작성해야 합니다. 필요할 경우 추가 자료를 첨부하십시오.

If a section of this form does not apply, write "Not applicable" or "N/A."
본 양식의 섹션에 해당하지 않을 경우, "해당 없음" 또는 "N/A"를 적어주십시오.

Disabled person's Date of Birth: _____

장애인의 생년월일: _____

Gender: _____

성별: _____

REPORTING PERIOD

보고 기간

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

본인/우리는, _____ 및(해당하는 경우) _____,
후견인 이름 후견인 2 이름

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

다음 기간에 대한 연간 보고서를 제출합니다 _____ ~ _____.
날짜 날짜

Part I. Information about the disabled person

파트 I. 장애인에 대한 정보

A. RESIDENCE AND HOUSING

거주 및 주택

Disabled person's address (where that person lives or is physically present):

장애인의 주소 (해당인의 거주하거나 물리적으로 존재하는 장소):

Street Address
거리 주소

City, state, zip
시, 주, 우편번호

Select all that apply:
해당 항목을 모두 선택하십시오.

- This is the disabled person's permanent residence.
이 장소는 장애인의 영구 거주지입니다.
- This is not the disabled person's permanent residence. The disabled person's permanent residence is: _____ .
Street Address City, state, zip
이 장소는 장애인의 영구 거주지가 아닙니다. 장애인의 영구 거주지는 다음과 같습니다: _____ .
거리 주소 시, 주, 우편번호
- 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).
이는 새로운 주소입니다(마지막 연간 보고 이후 또는 이번이 첫 번째 보고인 경우 후견인으로 지정된 이후 장애인의 주소가 변경된 경우 체크합니다).

Explain why the address changed:
주소가 변경된 이유 기재:

Type of housing (select one):
주택 유형 (한 개 항목 선택):

- Own home Guardian 1's home Guardian 2's home
자가 주택 후견인 1의 주택 후견인 2의 주택

- Relative's home: _____
친척의 주택: _____
Name of relative
친척 이름

Relationship to disabled person
장애인과의 관계

- Hospital or medical facility: _____
Name of hospital or facility

병원 또는 의료 시설: _____
병원 또는 시설의 이름

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

시설 유형 (한 개 항목 선택): 요양원 생활지원시설

- group home residential treatment facility

대용 수용 시설 거주형 요양 시설

- other (describe): _____

기타(기재): _____

- School: _____
Name of school

학교: _____
학교명

Do you plan to change the place where the disabled person lives? Yes* No
장애인이 거주하고 있는 장소를 변경할 계획이 있습니까? 예* 아니요

If yes, explain why:
있는 경우, 이유를 기재하십시오:

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

***장애인을 한 장소에서 다른 장소로 옮기기 전에 법원의 허가가 필요할 수 있습니다(재산 및 신탁법, 조항 § 13-708).**

B. MEDICAL AND PERSONAL CARE

의료 및 개인 관리

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

상태. 장애인이 겪고 있는 심각한 건강 또는 정신 건강 문제를 나열하십시오(천식, 당뇨병, 불안증 등):

<u>Issue(s)</u> 문제	<u>Treatment/treatment plan</u> 치료/치료 계획

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

입원. 장애인은 보고 기간 동안 병원에 입원했습니까? 예 아니오

If yes, explain:

해당하는 경우, 기재하십시오:

<u>Date</u> 날짜	<u>Hospital</u> 병원	<u>Reason</u> 이유

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

서비스 제공자. 장애인은 보고 기간 동안 어떤 의료 전문가의 진찰을 받았습니까?

	<u>Name</u> 이름	<u>City, state</u> 시, 주	<u>Date(s) seen</u> 진찰 일자
<input type="checkbox"/> Primary care 주치의			
<input type="checkbox"/> Dentist 치과 의사			
<input type="checkbox"/> Eye doctor 안과 의사			
<input type="checkbox"/> Ear doctor 이비인후과 의사			
<input type="checkbox"/> Psychiatrist 정신과 의사			
<input type="checkbox"/> Psychologist 심리학자			
<input type="checkbox"/> Therapist (mental health)			

치료사
(정신 건강)

Physical or occupational therapist

신체 또는
작업 치료사

Speech therapist

언어 치료사

Other (describe):

기타(기재):

Medications. List medications the disabled person takes on a regular basis:

약물 복용. 장애인이 정기적으로 복용하는 약물을 나열하십시오:

<u>Name</u> 이름	<u>Purpose</u> 목적	<u>Dosage/Schedule</u> 용량/복용 일정

Personal care. Are there problems providing meals, clothing, housing, or transportation for the disabled person? Yes No

개인 관리. 장애인에게 식사, 의복, 주거 또는 교통을 제공하는 데 문제가 있습니까? 예 아니오

If yes, explain:

해당하는 경우, 기재하십시오:

C. SCHOOL AND JOB TRAINING

학교 및 직업 교육

School. Does the disabled person attend school? Yes No

학교. 장애인은 학교에 다니고 있습니까? 예 아니오

If yes:

Name of school

City, state, zip

해당하는 경우:

학교명

시, 주, 우편번호

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

케어 플랜이나 개별 교육 프로그램(IEP)이 있습니까? 예 아니오

If yes, did you participate in developing the care plan or IEP? Yes No
해당하는 경우, 귀하는 케어 플랜이나 IEP를 개발하는 데 참여하셨습니다? 예 아니요
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):
케어 플랜 또는 IEP가 장애인에게 좋거나 적절하다고 생각하십니까(장애인의 최선의 이익을 위해)? 예 아니요(기재):

Job training. Is the disabled person in a job training program? Yes No
직업 교육. 장애인이 직업 교육 프로그램을 받고 있습니까? 예 아니요

If yes: _____
Name of program _____ City, state, zip _____
해당하는 경우: _____
프로그램 이름 _____ 시, 주, 우편번호 _____

Describe: _____
기재: _____

D. EMPLOYMENT

고용

Does the disabled person have a job? Yes No
장애인은 취업했습니까? 예 아니요

If yes: _____
Name of employer _____ City, state, zip _____ Hours worked per week _____
해당하는 경우: _____
고용주 이름 _____ 시, 주, 우편번호 _____ 주당 근무 시간 _____

Type of job: _____
직업 유형: _____

E. SOCIAL AND RECREATIONAL ACTIVITIES

사회 및 레크리에이션 활동

Describe social or recreational activities the disabled person enjoyed during the reporting period (sports, hobbies, clubs, adult day care, etc.).
장애인이 보고 기간 동안 즐겼던 사회 활동이나 레크리에이션 활동을 적어주십시오(스포츠, 취미, 동아리, 성인 데이케어 등).

F. CONTACTS

연락하기

Contact with you. If the disabled person does not live with you, how often did you visit the disabled person during the reporting period?
귀하와 연락하기. 장애인이 귀하와 함께 살고 있지 않은 경우 경우, 보고 기간 동안 장애인을 얼마나 자주 방문했습니까?

Describe your other types of contact with the disabled person:
장애인과 가지는 다른 유형의 연락 방법에 대해 적어주십시오:

<u>Type</u> 유형	<u>Frequency</u> 빈도
<input type="checkbox"/> Telephone 전화	_____
<input type="checkbox"/> Mail or e-mail 우편 또는 이메일	_____
<input type="checkbox"/> Other (describe): _____ 기타(기재): _____	_____

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

다른 사람과 연락하기. 보고 기간 동안 장애인의 가족과 연락한 내용을 적어주십시오.

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

방문 계획. 공식적인 방문 계획(장애인을 방문하거나 소통하는 사람에 대한 지침)이 있습니까? 예
아니요

If yes, how is it working?

있는 경우, 계획이 잘 수행되고 있습니까?

G. DECISION-MAKING

의사 결정

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

장애인의 건강에 영향을 미치는 결정을 내리는 장애인의 능력에 어떤 변화가 있는지 적어주십시오.

Is the disabled person involved in decisions about their housing, medical care, education, employment, social or recreational activities, etc.? (select one)

장애인이 주택, 의료, 교육, 고용, 사회 또는 레크리에이션 활동 등에 대한 결정에 참여할 수 있습니까?
(한 개 항목 선택)

Yes. Describe how:

예. 참여 방법 설명:

No. Explain why:
아니요. 이유를 적어주십시오:

H. COMMUNITY SUPPORT

지역사회 지원

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

현재 장애인과 관련된 지역 사회 조직을 적어주십시오(케이스 또는 케어 관리, 지역사회 봉사 서비스, 정부 프로그램, 종교 프로그램, 자선 단체 등).

<u>Organization/Provider</u> 조직/서비스 제공자	<u>Services received</u> 받고 있는 서비스	<u>City, state</u> 시, 주
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Part II. Information about the guardianship

파트 II. 후견에 대한 정보

A. FUNDS

자금 지원

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

재산 후견인은 장애인의 지원, 케어 또는 교육을 위해 자금을 제공했습니까? 예 아니요 해당 없음

If yes, describe (*Select all that apply*):

제공한 경우, 설명해 주십시오 (해당하는 모든 항목 선택):

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

의복 식품 주거 건강 관리(공동 부담금, 보험료 등)

transportation education extracurricular/recreational activities job training

교통 교육 과외/레크리에이션 활동 직업 교육

other (describe):

기타(기재):

B. HEALTH OF GUARDIAN(S)

후견인의 건강

Guardian 1 (*select one*):

후견인 1 (한 개 선택):

I have no serious health problems that affect my ability to serve as guardian.

본인은 후견인의 역할을 수행하는 데 영향을 줄 수 있는 심각한 건강 문제가 없습니다.

I have the following serious health problems that may affect my ability to serve as guardian:

본인은 후견인의 역할을 수행하는 데 영향을 줄 수 있는 다음과 같은 심각한 건강 문제가 있습니다:

Guardian 2 (if any) (select one):

후견인 2 (해당하는 경우) (한 개 선택):

- I have no serious health problems that affect my ability to serve as guardian.
본인은 후견인의 역할을 수행하는 데 영향을 줄 수 있는 심각한 건강 문제가 없습니다.
- I have the following serious health problems that may affect my ability to serve as guardian:
본인은 후견인의 역할을 수행하는 데 영향을 줄 수 있는 다음과 같은 심각한 건강 문제가 있습니다:

C. CONTINUATION OF GUARDIANSHIP

후견 지속

This guardianship (select one):

이 후견은 (한 개 선택):

- should be continued.
지속되어야 합니다.
- should not be continued for the following reason(s):
다음 사유로 중단되어야 합니다:

D. POWERS OF GUARDIAN(S)

후견인의 권한

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

본인의/우리들의 후견인 권한은 (한 개 선택):

- stay the same.
동일하게 유지되어야 합니다.
- change in the following ways for the following reasons:
다음 사유로 인해 다음 방식으로 변경되어야 합니다:

E. OTHER

기타

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

법원은 이 후견과 관련하여 다음과 같은 사항을 알고 있어야 합니다:

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.

본인/우리들은 위증의 경우 처벌을 받는다는 전제하에 본인/우리들의 지식, 정보, 확신에 근거하여 이 문서의 내용이 사실이라는 것을 엄숙히 선언합니다.

Date
날짜

Signature of Guardian 1
후견인 1 서명

Printed Name
성명(정자체)

Street Address
거리 주소

City, state, zip
시, 주, 우편번호

Telephone Number
전화번호

E-mail
이메일

Fax
팩스 번호

- This is a new address since the last report (or since appointment if this is your first report).
이는 마지막 보고 이후(또는 첫 보고인 경우 지정 이후) 새로운 주소입니다.

Date
날짜

Signature of Guardian 2 (if applicable)
후견인 2 서명 (해당하는 경우)

Printed Name
성명(정자체)

Street Address
거리 주소

City, state, zip
시, 주, 우편번호

Telephone Number
전화번호

E-mail
이메일

Fax
팩스 번호

- This is a new address since the last report (or since appointment if this is your first report).
이는 마지막 보고 이후(또는 첫 보고인 경우 지정 이후) 새로운 주소입니다.