

The forms are in bilingual format for your convenience, but must be completed and filed with the court in English.
Для вашего удобства бланки исполнены на двух языках, но заполнять их для подачи в суд следует на английском языке.



CIRCUIT COURT FOR _____, MARYLAND
ОКРУЖНОЙ СУД _____, ШТАТ МЭРИЛЕНД

City/County
Город/Округ

Located at _____ Telephone _____
Расположенный по адресу _____ Телефон _____

Court Address
Адрес суда

In the Matter of
По делу о

Case No. _____
Дело № _____

Name of Disabled Person
Имя и фамилия недееспособного лица

Docket Reference
Ссылка на список дел к слушанию

ANNUAL REPORT OF GUARDIAN OF DISABLED PERSON
ГОДОВОЙ ОТЧЕТ ОПЕКУНА ИНВАЛИДА
(Md. Rule 10-206(e))
(Процессуальное правило штата Мэриленд 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.

ПРИМЕЧАНИЕ: Опекуну недееспособных лиц должны заполнять и подавать эту форму каждый год в течение 60 дней после годовщины их назначения или в соответствии с иными указаниями суда. Приложите дополнительные листы, если это необходимо.

If a section of this form does not apply, write "Not applicable" or "N/A."

Если какой-либо раздел данной формы не применим, напишите «Не применимо» или «N/A».

Disabled person's Date of Birth: _____

Инвалид Дата рождения: _____

Gender: _____

Пол: _____

REPORTING PERIOD
ОТЧЁТНЫЙ ПЕРИОД

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

Я/мы, _____ и (если применимо) _____,
Имя опекуна Имя опекуна 2

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

составляем настоящий годовой отчет за период с _____ по _____.
Дата Дата

Part I. Information about the disabled person

Часть I. Информация об инвалиде

A. RESIDENCE AND HOUSING

ПРОЖИВАНИЕ И ЖИЛЬЕ

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

Адрес инвалида (где он живет или физически находится):

Street Address
Адрес с указанием улицы и дома

City, state, zip
Город, штат, почтовый индекс

Select all that apply:

Укажите все применимые варианты:

This is the disabled person's permanent residence.

Это постоянное место жительства инвалида.

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

Street Address

City, state, zip

Это не постоянное место жительства инвалида. Инвалид

постоянно проживает по адресу: _____

Улица, дом

Город, штат, почтовый индекс

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).

Это новый адрес (отметьте, если адрес инвалида изменился с момента последнего ежегодного отчета или с момента вашего назначения опекуном, если это ваш первый отчет).

Explain why the address changed:

Объясните, почему изменился адрес:

Type of housing (select one):

Тип жилья (выберите один вариант):

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

Собственный дом Дом опекуна 1 Дом опекуна 2

Relative's home: _____

Дом родственника: _____

Name of relative

Имя родственника

Relationship to disabled person

Родственные отношения с инвалидом

Hospital or medical facility: _____

Name of hospital or facility

Больница или медицинское учреждение: _____

Название больницы или медицинского учреждения

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

Тип медицинского учреждения (выберите один вариант):

дом сестринского ухода сопровождаемое проживание

group home residential treatment facility

групповой дом лечебно-интернатное учреждение

other (describe): _____

другое (опишите): _____

School: _____

Name of school

Школа: _____

Название школы

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

Планируете ли вы изменить место, где живет инвалид? Да* Нет

If yes, explain why:

Если да, объясните почему:

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

***Вам может понадобиться разрешение суда, прежде чем вы перевезете инвалида из одного места в другое (статья об имуществе и доверительных фондах, § 13-708).**

B. MEDICAL AND PERSONAL CARE

МЕДИЦИНСКИЙ И ЛИЧНЫЙ УХОД

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

Состояние. Перечислите значительные проблемы со здоровьем или психическим здоровьем, которые есть у инвалида (астма, диабет, тревожность и т. д.):

<u>Issue(s)</u> <u>Проблемы</u>	<u>Treatment/treatment plan</u> <u>Лечение/план лечения</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

Госпитализации. Был ли госпитализирован инвалид во время отчетного периода? Да Нет

If yes, explain:

Если да, объясните:

<u>Date</u> <u>Дата</u>	<u>Hospital</u> <u>Больница</u>	<u>Reason</u> <u>Причина</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

Поставщики услуг. К какому медицинскому специалисту (специалистам) обращался инвалид в течение отчетного периода?

	<u>Name</u> <u>Фамилия, имя</u>	<u>City, state</u> <u>Город, штат</u>	<u>Date(s) seen</u> <u>Дата осмотра</u>
<input type="checkbox"/> Primary care Первичная помощь	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dentist Стоматолог	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Eye doctor Окулист	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ear doctor Оториноларинголог	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychiatrist Психиатр	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychologist Психолог	_____	_____	_____

- Therapist
(mental health) _____
Терапевт
(психическое здоровье) _____
- Physical or
occupational therapist _____
Физиотерапевт или
эрготерапевт _____
- Speech therapist _____
Логопед _____
- Other (describe): _____
Другое (опишите): _____

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

Лекарства. Перечислите лекарства, которые инвалид принимает регулярно:

<u>Name</u> Название	<u>Purpose</u> Причина	<u>Dosage/Schedule</u> Дозировка/график приема

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

Личный уход. Есть ли проблемы с обеспечением инвалида питанием, одеждой, жильем или транспортом? Да Нет

If yes, explain:

Если да, объясните:

C. SCHOOL AND JOB TRAINING

ШКОЛЬНОЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ

School. Does the disabled person attend school? Yes No

Школа. Посещает ли инвалид школу? Да Нет

If yes: _____

Name of school

City, state, zip

Если да: _____

Название школы

Город, штат, почтовый индекс

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

Есть ли план ухода или индивидуальная программа обучения (IEP)? Да Нет

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

Если да, принимали ли вы участие в разработке плана ухода или IEP? Да Нет

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):

Считаете ли вы, что план ухода или IEP является хорошим или подходящим для инвалида (в его лучших интересах)? Да Нет (объясните):

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

Трудоустройство. Участвует ли инвалид в программе профессиональной подготовки? Да Нет

If yes: _____

Name of program

City, state, zip

Если да: _____

Название программы

Город, штат, почтовый индекс

Describe: _____

Опишите: _____

D. EMPLOYMENT

ТРУДОУСТРОЙСТВО

Does the disabled person have a job? Yes No

Есть ли у инвалида работа? Да Нет

If yes: _____

Name of employer

City, state, zip

Hours worked per week

Если да: _____

Название работодателя

Город, штат, почтовый индекс

Количество отработанных часов в неделю

Type of job: _____

Тип работы: _____

E. SOCIAL AND RECREATIONAL ACTIVITIES

СОЦИАЛЬНЫЕ И РАЗВЛЕКАТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

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

Опишите социальные или развлекательные мероприятия, которыми занимался инвалид в течение отчетного периода (спорт, хобби, клубы, дневной уход для взрослых и т. д.).

F. CONTACTS

КОНТАКТЫ

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

Контакты с вами. Если инвалид не живет с вами, как часто вы навещали его в течение отчетного периода?

Describe your other types of contact with the disabled person:

Опишите другие виды контактов с инвалидом:

<u>Type</u> <u>Тип</u>	<u>Frequency</u> <u>Частота</u>
<input type="checkbox"/> Telephone Телефон	_____
<input type="checkbox"/> Mail or e-mail Почта или электронная почта	_____
<input type="checkbox"/> Other (describe): _____ Другое (опишите): _____	_____

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

Контакты с другими. Опишите контакты инвалида с членами семьи в течение отчетного периода.

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

План посещения. Существует ли официальный план посещения (указания о том, кто посещает инвалида или общается с ним)? Да Нет

If yes, how is it working?

Если да, то как он работает?

G. DECISION-MAKING

ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ

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

Опишите любые изменения в способности инвалида принимать решения, влияющие на его здоровье.

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

Участвует ли инвалид в принятии решений, касающихся его жилья, медицинского обслуживания, образования, трудоустройства, социальной или развлекательной деятельности и т. д.? (выберите один вариант)

Yes. Describe how:

Да. Опишите как:

No. Explain why:
Нет. Объясните почему:

H. COMMUNITY SUPPORT
ПОДДЕРЖКА СООБЩЕСТВА

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

Перечислите общественные организации, которые в настоящее время работают с инвалидом (ведение случая или уход, общественные службы, государственные программы, религиозные программы, благотворительные организации и т. д.).

<u>Organization/Provider</u> <u>Организация/поставщик услуг</u>	<u>Services received</u> <u>Оказываемые услуги</u>	<u>City, state</u> <u>Город, штат</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Part II. Information about the guardianship

Часть II. Информация об опекунстве

A. FUNDS

СРЕДСТВА

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

Предоставлял ли опекун имущество, если таковое имеется, средства на содержание, уход или образование инвалида? Да Нет Не применимо

If yes, describe (Select all that apply):

Если да, опишите (Выберите все, что применимо):

- clothing food housing health care (co-pays, insurance, etc.)
одежда еда проживание медицинское обслуживание (доплата, страховка и т.д.)
- transportation education extracurricular/recreational activities job training
транспортировка образование внеклассные/развлекательные мероприятия профессиональное обучение
- other (describe):
другое (опишите):

B. HEALTH OF GUARDIAN(S)

ЗДОРОВЬЕ ОПЕКУНА (ОПЕКУНОВ)

Guardian 1 (select one):

Опекун 1 (выберите один вариант):

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

У меня нет серьезных проблем со здоровьем, которые могли бы повлиять на мою способность

выполнять обязанности опекуна.

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

У меня есть следующие серьезные проблемы со здоровьем, которые могут повлиять на мою способность выполнять обязанности опекуна:

Guardian 2 (if any) (select one):

Опекун 2 (если имеется) (выберите один вариант):

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

У меня нет серьезных проблем со здоровьем, которые могли бы повлиять на мою способность выполнять обязанности опекуна.

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

У меня есть следующие серьезные проблемы со здоровьем, которые могут повлиять на мою способность выполнять обязанности опекуна:

C. CONTINUATION OF GUARDIANSHIP

ПРОДОЛЖЕНИЕ ОПЕКИ

This guardianship (select one):

Это опекунство (выберите один вариант):

should be continued.

следует продолжать.

should not be continued for the following reason(s):

не следует продолжать по следующей причине (причинам):

D. POWERS OF GUARDIAN(S)

ПОЛНОМОЧИЯ ОПЕКУНА (ОПЕКУНОВ)

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

Мои/наши полномочия как опекуна должны быть (выберите один вариант):

stay the same.

остаться прежними.

change in the following ways for the following reasons:

измениться по следующим причинам:

E. OTHER

ДРУГОЕ

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

Суд должен быть осведомлен о следующих других вопросах, касающихся данного опекуинства:

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.

Понимая ответственность за дачу ложных показаний, я/мы официально подтверждаю(ем), что содержание этого документа верно согласно моим/нашим знаниям и убеждениям и на основании имеющейся у меня/нас информации.

<hr/> <p>Date Дата</p>	<hr/> <p>Signature of Guardian 1 Подпись опекуна 1</p> <hr/> <p>Printed Name Имя и фамилия печатными буквами</p> <hr/> <p>Street Address Адрес с указанием улицы и дома</p> <hr/> <p>City, state, zip Город, штат, почтовый индекс</p> <hr/> <p>Telephone Number Номер телефона</p> <hr/> <p>E-mail Адрес электронной почты</p> <p>Fax Факс</p> <p><input type="checkbox"/> This is a new address since the last report (or since appointment if this is your first report). Это новый адрес с момента последнего отчета (или с момента назначения, если это ваш первый отчет).</p>
----------------------------	---

<hr/> <p>Date Дата</p>	<hr/> <p>Signature of Guardian 2 (if applicable) Подпись опекуна 2 (если имеется)</p> <hr/> <p>Printed Name Имя и фамилия печатными буквами</p> <hr/> <p>Street Address Адрес с указанием улицы и дома</p> <hr/> <p>City, state, zip Город, штат, почтовый индекс</p> <hr/> <p>Telephone Number Номер телефона</p>
----------------------------	--

E-mail

Адрес электронной почты

Fax

Факс

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

Это новый адрес с момента последнего отчета (или с момента назначения, если это ваш первый отчет).