

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.



CIRCUIT ORPHANS COURT FOR _____, MARYLAND

City/County

TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DES ORPHELINS DE _____,
MARYLAND Ville/Comté

Located at _____ Telephone _____
Court Address

Situé à _____ Téléphone _____
Adresse du tribunal

Case No. _____
Affaire n° _____

In the Matter of
Dans l'affaire concernant

Name of Minor
Nom du/de la mineur(e)

Docket Reference
Référence du registre

ANNUAL REPORT OF GUARDIAN OF A MINOR
RAPPORT ANNUEL DU TUTEUR D'UN MINEUR
(Md. Rule 10-206(e))
(Règle 10-206(e) du Md)

NOTE: Guardians of the person of minors 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. If a section of this form does not apply, write "Not applicable" or "N/A."

REMARQUE : Les tuteurs de la personne d'un mineur 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. Si une section de ce formulaire ne s'applique pas, veuillez écrire « Non applicable » ou « N/A ».

Minor's Date of birth: _____

Date de naissance du/de la mineur(e) : _____

Minor's Gender: _____

Sexe du/de la mineur(e) : _____

REPORTING PERIOD
PÉRIODE DE RAPPORT

I/We, _____ and (if applicable) _____,
Name of Guardian Name of Guardian 2
make this annual report for the period of _____ to _____.
Date Date

Je/Nous, _____ et (si applicable) _____,
Nom du tuteur Nom du 2ème tuteur
fais/faisons ce rapport annuel pour la période du _____ au _____.
Date Date

Part I. Information about the minor

Partie I. Information à propos du/de la mineur(e)

A. RESIDENCE AND HOUSING

RÉSIDENCE ET LOGEMENT

Minor's address (where the minor lives or is physically present):

Adresse du/de la mineur(e) (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 minor's permanent residence.

Il s'agit de la résidence permanente du/de la mineur(e).

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

Street Address

City, state, zip

Il ne s'agit pas de la résidence permanente du/de la mineur(e) La résidence permanente du/de la mineure est : _____

Adresse

Ville, état, code postal

This is a new address (check if the minor'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 du/de la mineur(e) 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

Maison personnelle

Guardian 1's home

Maison du 1er tuteur

Guardian 2's home

Maison du 2ème tuteur

Foster or boarding home

Famille d'accueil ou pension

Group home

Foyer

Relative's home: _____

Name of relative

Relationship to minor

Maison d'un proche : _____

Nom du proche

Lien avec le/la mineur(e)

Boarding School: _____

Name of school

Internat : _____

Nom de l'établissement scolaire

Hospital or medical facility: _____

Name of hospital or facility

Hôpital ou établissement médical : _____

Nom de l'hôpital ou établissement médical

Residential facility: _____

Name of facility

Établissement résidentiel : _____

Nom de l'établissement

Other (describe): _____

Autre (veuillez décrire) : _____

Do you plan to change the place where the minor 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 :

B. MEDICAL AND PERSONAL CARE

SOINS MÉDICAUX ET PERSONNELS

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

Conditions. Veuillez énumérer les problèmes de santé ou de santé mentale importants dont souffre le/la mineur(e) (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 minor hospitalized during the reporting period? Yes No If yes, explain:

Hospitalisations. Le/la mineur(e) a-t-il/elle été hospitalisé(e) pendant la période de rapport ? Oui Non. 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 minor see during the reporting period?

Prestataires. Quel(s) professionnel(s) de la santé le/la mineur(e) a-t-il/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/pediatrician Soins de base/pédiatre	_____	_____	_____
<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	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Therapist (mental health) Thérapeute (santé mentale)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Physical or occupational therapist Physiothérapeute ou ergothérapeute	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Speech therapist Orthophoniste	_____	_____	_____

Other (describe):

Autre (veuillez décrire) : _____

Medications. List medications the minor takes on a regular basis:

Médicaments. Veuillez énumérer les médicaments que le/la mineur(e) prend régulièrement :

<u>Name</u> <u>Nom</u>	<u>Purpose</u> <u>But</u>	<u>Dosage/Schedule</u> <u>Dosage/prise</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Personal care. Are there problems providing meals, clothing, housing, or transportation for the minor?

Yes No

Soins personnels. Y a-t-il des problèmes pour fournir des repas, des vêtements, un logement ou un transport à la personne mineure ? Oui Non

If yes, explain:

Si oui, veuillez expliquer : _____

C. SCHOOL AND JOB TRAINING

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE ET FORMATION PROFESSIONNELLE

School. Does the minor attend school? Yes No

Établissement scolaire. La personne mineure 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 minor (in the minor's best interest)?

Yes No (explain):

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

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

Formation professionnelle. La personne mineure 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 minor have a job? Yes No

La personne mineure 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 the minor's social or recreational activities during the reporting period (sports, hobbies, clubs, etc.):
Veuillez décrire les activités sociales ou récréatives auxquelles le/la mineur(e) a participé au cours de la période de rapport (sports, loisirs, clubs, etc.).

F. CONTACTS

CONTACTS

Contact with you. If the minor **does not** live with you, how often did you visit the minor during the reporting period?
Contact avec vous. Si le/la mineur(e) **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 minor:

Veuillez décrire vos autres types de contacts avec le/la mineur(e) :

Type
Type

Frequency
Fréquence

Telephone
Téléphone _____

Mail or e-mail
Courrier ou e-mail _____

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

Contact with others. Describe the minor’s contact with family members during the reporting period:
Contact avec les autres. Veuillez décrire les contacts de la personne mineure avec les membres de sa famille au cours de la période de rapport.

G. COMMUNITY SUPPORT

SOUTIEN COMMUNAUTAIRE

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

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

<u>Organization</u> <u>Organisation</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 minor’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 mineure ? 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 poursuivie pour la/les raison(s) suivante(s) :

D. POWERS OF GUARDIAN(S)

POUVOIRS DU/DES TUTEUR(S)

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

Mes/Nos pouvoirs en tant que tuteur(s) doit/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 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.

Date
Date

Signature of Guardian 1
Signature du tuteur 1

Printed Name
Nom en caractères d'imprimerie

Street Address
Adresse

City, State, Zip
Ville, État, Code postal

Telephone Number
Numéro de téléphone

E-mail
E-mail

Fax
Télécopie

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).

Date
Date

Signature of Guardian 2 (*if applicable*)
Signature du tuteur 2 (*le cas échéant*)

Printed Name
Nom en caractères d'imprimerie

Street Address
Adresse

City, State, Zip
Ville, État, Code postal

Telephone Number
Numéro de téléphone

E-mail
E-mail

Fax
Télécopie

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).*