



CIRCUIT ORPHANS' COURT FOR _____, MARYLAND
 순회법원 고아법원, 관할지: _____, 메릴랜드

City/County
시/카운티

Located at
소재: _____

Case No.
사건번호 _____

Court Address
법원 주소

In the Matter of
관련당사자

Name of Minor
미성년자의 성명

Docket Reference
재판사건 관리번호

ANNUAL REPORT OF GUARDIAN OF A MINOR
미성년자 후견인의 연례 보고서
(Md. Rule 10-206(e))
(메릴랜드 규칙 10-206(e))

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.

유의사항: 미성년자 후견인은 매년, 선임일부터 1년이 지난 때로부터 60일 이내에 또는 법원이 달리 지시하는 대로 이 양식을 작성하여 제출해야 합니다. 필요하면 종이를 추가하여 첨부하십시오.

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

이 서식의 섹션이 해당되지 않으면 "해당 사항 없음"으로 기재하십시오.

Minor's Date of Birth: _____
미성년자의 출생일: _____
Gender: Female Male
성별: 여성 남성

REPORTING PERIOD
보고 기간

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

to _____
Date
본인/우리, _____ 및 (해당되는 경우) _____
후견인 성명 후견인 2의 성명
_____ (은)는 _____부터
날짜
_____까지에 대한 본 연례 보고서를 작성했습니다.
날짜

Part I. Information about the minor

제 1부. 미성년자에 관한 정보

A. RESIDENCE AND HOUSING

A. 거주지 및 주택

Minor's address (where he or she lives or is physically present):

미성년자의 주소 (거주지 또는 물리적으로 존재하는 장소):

Address
주소

City, state, zip
시, 주, Zip 코드

Select all that apply:

해당되는 것을 모두 선택하십시오.

This is the minor's permanent residence.

이 주소는 미성년자의 영구 거주지입니다.

This is not the minor's permanent residence. His/Her permanent residence is located at _____.

이 주소는 미성년자의 영구 거주지가 아닙니다. 미성년자의 영구 거주지는

에 있습니다.

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).

이 주소는 새 주소입니다 (지난 연례 보고서 이후 또는 첫 번째 보고서인 경우 미성년자의 후견인으로 선임된 이후 미성년자의 주소가 변경되었을 경우 확인란에 표시).

Explain why the address changed:

주소가 변경된 이유를 설명:

Type of housing (select one):

주택 형태 (한 가지 선택):

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

자가 후견인 1의 주택 후견인 2의 주택

Foster or boarding home Group home

양부모 또는 기숙집 그룹집

Relative's home:

친척집:

Name of relative
친척의 성명

Relationship to minor
미성년자에 대한 관계

Boarding School:

보딩 스쿨(기숙형 사립학교):

Name of school
학교명

Hospital or medical facility:

병원 또는 의료 시설:

Name of hospital or facility

병원명 또는 시설명

Residential facility:

거주 시설: _____

Name of facility
거주시설명

Other (describe):

기타 (기술하십시오): _____

Do you plan to change the place where the minor lives? Yes No

미성년자가 거주하는 곳을 바꿀 계획입니까? 네 아니요

If yes, explain why:

‘네’일 경우, 이유를 설명하십시오:

B. MEDICAL AND PERSONAL CARE

B. 의료 및 개인관리

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

질병. 미성년자의 심각한 건강 또는 정신 건강 문제 (천식, 당뇨병, 불안 등)를 기재하십시오.

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

Hospitalizations. Was the minor hospitalized during the reporting period? Yes No

입원. 보고 기간 동안 미성년자가 입원했습니까? 네 아니요

If yes, explain:

‘네’일 경우, 이유를 설명하십시오:

<u>Date</u> 날짜	<u>Hospital</u> 병원	<u>Reason</u> 사유
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

의료서비스 제공자. 보고 기간 동안 미성년자는 어떤 의료 전문가에게 진료를 받았습니까?

	<u>Name</u> 성명	<u>City, state</u> 시, 주	<u>Date(s) seen</u> 진료일자
<input type="checkbox"/> Primary care/pediatrician	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 일차진료의사/소아청소년과 의사	_____	_____	_____

<input type="checkbox"/> Dentist	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 치과 의사	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Eye doctor	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 안과 의사	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ear doctor	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 이비인후과 의사	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychiatrist	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 정신과 의사	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychologist	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 심리 치료사	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Therapist (mental health)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 치료사 (정신 건강)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Physical or occupational therapist	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 물리 치료사 또는 작업 치료사	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Speech therapist	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 언어 치료사	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Other (describe):	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 기타 (기술하십시오):	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Medications. List medications the minor takes on a regular basis:
의약품. 미성년자가 정기적으로 복용하는 의약품을 기재하십시오:

<u>Name</u> <u>성명</u>	<u>Purpose</u> <u>목적</u>	<u>Dosage/Schedule</u> <u>용량/투여스케줄</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

개인 관리. 미성년자를 위한 식사, 의복, 주택 또는 교통편 제공에 문제가 있습니까? 네 아니요

If yes, explain:

‘네’일 경우, 이유를 설명하십시오:

C. SCHOOL AND JOB TRAINING

C. 학교 및 직무 교육

School. Does the minor attend school? Yes No

학교. 미성년자가 학교에 다닙니까? 네 아니요

If yes:

‘네’일 경우: _____

Name of school
학교명

City, state, zip
도시, 주, 우편번호

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

케어 플랜 또는 개별 교육 프로그램 (IEP)이 있습니까? 네 아니요

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

‘네’일 경우, 귀하가 케어 플랜 또는 IEP 개발에 참여했습니까? 네 아니요

Do you believe the care plan or IEP is good or appropriate for the minor (in his or her best interest)? Yes No (explain):

케어 플랜 또는 IEP가 미성년자에게 유익하거나 적합하다고 생각하십니까 (그에게 최선입니까)? 네 아니요 (설명하십시오):

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

직무 교육. 미성년자가 직무 교육 프로그램에 참여하고 있습니까? 네 아니요

If yes:

‘네’일 경우: _____

Name of program
프로그램명

City, state, zip
도시, 주, 우편번호

Describe:

내용: _____

D. EMPLOYMENT

D. 고용

Does the minor have a job? Yes No

미성년자에게 직업이 있습니까? 네 아니요

If yes:

‘네’일 경우: _____

Name of employer
고용주의 성명

City, state, zip
시, 주, 우편번호

Hours worked per week
주당 근무시간

Type of job:

직무 유형: _____

E. SOCIAL AND RECREATIONAL ACTIVITIES

E. 사고 및 여가 활동

Describe the minor's social or recreational activities during the reporting period (sports, hobbies, clubs, etc.):
보고 기간 동안 미성년자의 사고 또는 여가 활동 (스포츠, 취미, 클럽 등)을 기재하십시오.

F. CONTACTS

F. 연락 관계

Contact with you. If the minor does not live with you, how often did you visit him or her during the reporting period?

귀하와의 접촉. 미성년자가 귀하와 함께 살지 않는 경우 보고 기간 동안 얼마나 자주 미성년자를 방문했습니까?

Describe your other types of contact with the minor:

미성년자와의 다른 유형의 접촉을 기재하십시오:

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

Contact with others. Describe the minor's contact with family members during the reporting period:

다른 사람과의 접촉. 보고 기간 동안 미성년자가 가족과 접촉한 것을 기재하십시오.

G. COMMUNITY SUPPORT

H. 지역사회 지원

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

현재 미성년자와 관련된 지역사회 단체 (사례 관리 또는 간호 관리, 지역사회 서비스, 정부 프로그램, 종교 프로그램, 자선 단체 등)를 기재하십시오.

<u>Organization</u> 단체	<u>Services received</u> 받은 서비스	<u>City, state</u> 시, 주
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Part II. Information about the guardianship

제 2 부. 후견인권에 관한 정보

A. FUNDS

A. 자금

Did the guardian of the property, if any, provide funds toward the minor’s support, care, or education?

Yes No Not applicable

재산 후견인이 미성년자의 지원, 간호 또는 교육에 자금을 제공했습니까? 네 아니요 해당사항 없음

If yes, describe (Select all that apply):

‘네’일 경우, 기재하십시오 (해당되는 것을 모두 선택):

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

의복 음식 주택 의료 (코페이, 보험 등)

transportation education extracurricular/recreational activities job training

교통편 교육 과외/여가 활동 직무 교육

other (describe):

기타 (기술하십시오):

B. HEALTH OF GUARDIAN(S)

B. 후견인의 건강

Guardian 1 (select one):

후견인 1 (한가지 선택):

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

본인은 후견인 역할을 할 수 있는 능력에 영향을 미치는 심각한 건강문제가 없습니다.

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

본인은 후견인 역할을 할 수 있는 능력에 영향을 미칠 수 있는 다음과 같은 심각한 건강문제가 있습니다.

Guardian 2 (if any) (select one):

후견인 2 (있을 경우) (한가지 선택):

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

본인은 후견인 역할을 할 수 있는 능력에 영향을 미치는 심각한 건강문제가 없습니다.

I have the following serious health problems that may affect my ability to serve as guardian:
 본인은 후견인 역할을 할 수 있는 능력에 영향을 미칠 수 있는 다음과 같은 심각한 건강문제가 있습니다.

C. CONTINUATION OF GUARDIANSHIP

C. 후견인권의 계속

This guardianship (*select one*):

이 후견인권은 (*한가지 선택*):

should be continued.

계속되어야 함.

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

다음과 같은 이유로 계속되어서는 안 됨:

D. POWERS OF GUARDIAN(S)

D. 후견인의 권한

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

나의/우리의 후견인권은(*한가지 선택*):

stay the same.

그대로 유지되어야 함.

change in the following ways for the following reasons:

다음과 같은 사유로 다음과 같은 방식으로 변경해야 함.

E. OTHER

E. 기타

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

법원은 이 후견과 관련하여 다음과 같은 사실들을 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.

본인은/우리는 위증죄의 죄책을 인지하면서, 이 문서의 내용은 본인/우리의 지식, 정보, 믿음에 비추어 진실한 것임을 엄숙하게 확인합니다.

Date
날짜

Signature of Guardian 1
후견인 1의 서명

Printed Name
성명(정자체)

Address
주소

City, state, zip
시, 주, Zip 코드

Telephone
전화

This is a new address since the last report
(or since appointment if this is your first report).
 이 주소는 지난 보고서 이후 (또는 첫 번째
보고서인 경우 선임 이후) 새 주소입니다.

Date
날짜

Signature of Guardian 2 (if applicable)
후견인 2의 서명 (해당될 경우)

Printed Name
성명(정자체)

Address
주소

City, state, zip
시, 주, Zip 코드

Telephone
전화

This is a new address since the last report
(or since appointment if this is your first report).
 이 주소는 지난 보고서 이후 (또는 첫 번째
보고서인 경우 선임 이후) 새 주소입니다.