



CIRCUIT ORPHANS' COURT FOR _____, MARYLAND
ОКРУЖНОЙ СУД ПО ДЕЛАМ ДЕТЕЙ-СИРОТ В _____,
ШТАТ МЭРИЛЕНД City/County
Город/Округ

Located at _____ Telephone _____
Место нахождения: _____ Телефон _____

Court Address
Адрес суда

Case No. _____
Дело № _____

In the Matter of
По делу о

Name of Minor
Имя и фамилия несовершеннолетнего лица

Docket Reference
Ссылка на список дел к слушанию

ANNUAL REPORT OF GUARDIAN OF A MINOR
ГОДОВОЙ ОТЧЕТ ОПЕКУНА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ЛИЦА
(Md. Rule 10-206(e))

(Процессуальное правило штата Мэриленд 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. If a section of this form does not apply, write "Not applicable" or "N/A."

ПРИМЕЧАНИЕ. Опекуну несовершеннолетних 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. Если какой-либо раздел данной формы не применим, напишите «Не применимо» или «Н/П».

Minor's Date of Birth: _____

Дата рождения несовершеннолетнего лица: _____

Gender: _____

Пол: _____

REPORTING PERIOD
ОТЧЁТНЫЙ ПЕРИОД

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

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

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

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

Part I. Information about the minor

Часть I. Сведения о несовершеннолетнем лице

A. RESIDENCE AND HOUSING

ПРОЖИВАНИЕ И ЖИЛЬЕ

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

Адрес несовершеннолетнего лица (место проживания или физического присутствия):

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 minor's permanent residence.

Это постоянное место жительства несовершеннолетнего лица.

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

Street Address

City, state, zip

Это постоянное место жительства несовершеннолетнего лица. Постоянное место жительства несовершеннолетнего лица: _____ , _____ .

Улица, дом

Город, штат, почтовый индекс

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).

Это новый адрес (отметьте, если адрес несовершеннолетнего лица 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

Собственный дом

Guardian 1's home

Дом опекуна 1

Guardian 2's home

Дом опекуна 2

Foster or boarding home

Семейный детский дом или интернат

Group home

Приемный дом

Relative's home: _____

Name of relative

Relationship to minor

Дом родственника: _____

Имя и фамилия родственника

Кем приходится несовершеннолетнему лицу

Boarding School: _____

Name of school

Школа-интернат: _____

Название школы

Hospital or medical facility: _____

Name of hospital or facility

Больница или медицинское учреждение: _____

Название больницы или медицинского учреждения

Residential facility: _____

Name of facility

Центр реабилитации: _____

Название центра

Other (describe): _____

Другое (опишите): _____

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

Планируете ли вы изменить место, где живет несовершеннолетнее лицо? Да Нет

If yes, explain why:

Если да, объясните почему:

B. MEDICAL AND PERSONAL CARE

МЕДИЦИНСКИЙ И ЛИЧНЫЙ УХОД

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

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

Issue(s)
Проблемы

Treatment/treatment plan
Лечение/план лечения

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Hospitalizations. Was the minor hospitalized during the reporting period? Yes No If yes, explain:

Лечение в стационаре. Было ли несовершеннолетнее лицо госпитализировано в течение отчетного периода?

Да Нет Если да, объясните:

Date
Дата

Hospital
Больница

Reason
Причина

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

Поставщики услуг. К каким медицинским специалистам обращалось несовершеннолетнее лицо в течение отчетного периода?

Name
Имя и фамилия

City, state
Город, штат

Date(s) seen
Даты приема

Primary care/pediatrician

Врач первичной
помощи/педиатр

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Dentist

Стоматолог

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Eye doctor

Окулист

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Ear doctor

Оториноларинголог

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Psychiatrist

Психиатр

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Psychologist

Психолог

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Therapist (mental health)

Терапевт (психическое
здоровье)

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Physical or occupational
therapist

Эрготерапевт

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Speech therapist

Логопед

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Other (describe):

Другое (опишите):

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

Лекарственные препараты. Перечислите лекарственные препараты, которые несовершеннолетнее лицо принимает на регулярной основе:

<u>Name</u> Имя и фамилия	<u>Purpose</u> Назначение	<u>Dosage/Schedule</u> Дозировка/график приема
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

Yes No

Личный уход. Есть ли проблемы с обеспечением несовершеннолетнего лица 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 minor attend school? Yes No

Школа. Посещает ли несовершеннолетнее лицо 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 minor (in the minor's best interest)?

Yes No (explain):

Считаете ли вы, что план ухода или IEP является хорошим или подходящим для несовершеннолетнего лица (максимально учитывает его интересы)? Да Нет (объясните):

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

Профессиональное обучение. Участвует ли несовершеннолетнее лицо в программе профессионального обучения? 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 minor have a job? Yes No

Есть ли у несовершеннолетнего лица 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 the minor’s social or recreational activities during the reporting period (sports, hobbies, clubs, etc.):

Опишите социальные или развлекательные мероприятия, которыми занималось несовершеннолетнее лицо в течение отчетного периода (спорт, хобби, клубы и т. д.):

F. CONTACTS

КОНТАКТЫ

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

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

Describe your other types of contact with the minor:

Опишите другие виды контактов с несовершеннолетним лицом:

Type
Тип

Frequency
Периодичность

Telephone

Телефон

Mail or e-mail

Почта или электронная почта

Other (describe):

Другое (опишите):

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

Контакты с другими лицами. Опишите контакты несовершеннолетнего лица с членами семьи в течение отчетного периода:

G. COMMUNITY SUPPORT

ПОДДЕРЖКА СООБЩЕСТВА

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

Перечислите общественные организации, которые в настоящее время работают с несовершеннолетним лицом (социальное сопровождение или управление оказанием ухода, общественные службы, государственные программы, религиозные программы, благотворительные организации и т. д.).

<u>Organization</u> Организация	<u>Services received</u> Полученные услуги	<u>City, state</u> Город, штат
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Part II. Information about the guardianship

Часть II. Информация об опекунстве

A. FUNDS

ДЕНЕЖНЫЕ СРЕДСТВА

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

Yes No Not applicable

Предоставлял ли опекун имущества (при наличии) денежные средства на содержание, уход или образование несовершеннолетнего лица? 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

транспорт 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 влияют 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 (при наличии) *(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 влияют 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 следующим причинам:

D. POWERS OF GUARDIAN(S)

ПОЛНОМОЧИЯ ОПЕКУНА (ОПЕКУНОВ)

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

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

stay the same.

остаться прежними.

change in the following ways for the following reasons:

измениться следующим образом по следующим причинам:

E. OTHER

ПРОЧЕЕ

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

Суду следует знать о следующих вопросах, касающихся данного опекунства:

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/подтверждаем, что, насколько мне/нам известно и на основании имеющейся у меня/нас информации, содержание настоящего документа является верным.

Date
Дата

Signature of Guardian 1
Подпись опекуна 1

Printed Name
Имя и фамилия печатными буквами

Street Address
Адрес с указанием улицы и дома

City, State, Zip
Город, штат, почтовый индекс

Telephone Number
Номер телефона

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).

Date
Дата

Signature of Guardian 2 *(if applicable)*
Подпись опекуна 2 *(если имеется)*

Printed Name
Имя и фамилия печатными буквами

Street Address
Адрес с указанием улицы и дома

City, State, Zip
Город, штат, почтовый индекс

Telephone Number
Номер телефона

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).