

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. _____
N° de l'affaire _____

In the Matter of
Dans l'affaire concernant

Name of Minor or Disabled Person
Nom de la personne mineure ou handicapée

Docket Reference
Référence du registre

PETITION FOR TERMINATION OF GUARDIANSHIP OF THE PERSON
REQUÊTE DE FIN DE TUTELLE DE LA PERSONNE
(Md. Rule 10-209)
(Règle 10-209 du Md.)

NOTE: Use this form to ask the court to terminate the guardianship of the person of a minor or disabled person. File this form within 45 days after discovery of the grounds for termination in the circuit or orphans' court that has jurisdiction over the guardianship. Attach all required documentation to the petition. **The guardianship does not end until the court issues an order terminating the guardianship and releasing the guardian of the guardian's duties.**

REMARQUE : Veuillez utiliser ce formulaire pour demander au tribunal de mettre fin à la tutelle de la personne d'une personne mineure ou handicapée. Veuillez déposer ce formulaire dans les 45 jours suivant la communication préalable concernant les motifs de fin auprès du tribunal de première instance ou tribunal des orphelins compétent en matière de tutelle. Veuillez joindre tous les documents requis à la requête. **La tutelle ne prend fin que lorsque le tribunal rend une ordonnance mettant fin à la tutelle et libérant le tuteur de ses fonctions.**

I, _____, whose address is _____
Name

_____, whose telephone number is _____,

and whose e-mail address (if available) is _____, asks that

the court terminate the guardianship of the person of _____.
Name of Minor or Disabled Person

Je soussigné(e), _____, dont l'adresse est _____
Nom

_____, dont le numéro de téléphone est le _____,

et dont l'adresse e-mail (le cas échéant) est _____, demande au tribunal de mettre

fin à la tutelle de la personne de _____.
Nom de la personne mineure ou handicapée

I state that:

Je déclare que :

1. My relationship to the minor or disabled person is guardian of the person guardian of the property guardian of the person and property other (*describe*):

Mon lien avec la personne mineure ou handicapée est tuteur de la personne tuteur des biens tuteur de la personne et des biens autre (*veuillez décrire*) :

2. _____ was appointed guardian of the person for
Name of Guardian of the Person
_____ by order of this court on _____ .
Name of Minor or Disabled Person Date
_____ a été nommé tuteur de la personne pour
Nom du tuteur de la personne
_____ par ordonnance de ce tribunal le _____ .
Nom de la personne mineure ou handicapée Date

3. _____ has not exercised any control over any property of
Name of Guardian of the Person
the minor or disabled person (for example, as guardian of the property).

_____ n'a exercé aucun contrôle sur les biens
Nom du tuteur de la personne
de la personne mineure ou handicapée (par exemple, en tant que tuteur des biens).

- _____ exercised the following control over property of
Name of Guardian of the Person
the minor or disabled person:

_____ a exercé le contrôle suivant sur les biens de
Nom du tuteur de la personne
la personne mineure ou handicapée :

4. The following is a list of names, addresses, telephone numbers, and e-mail addresses (if available) of all interested persons (see Md. Code, Estates and Trusts Article, §13-101(j)):

Ci-joint une liste des noms, adresses, numéros de téléphone et adresses e-mail (le cas échéant) de toutes les personnes concernées (voir l'Article §13-101(j), Successions et fiducies, du Code du Md.).

<u>Name</u> <u>Nom</u>	<u>Relationship to Minor</u> <u>or Disabled Person</u> <u>Lien avec la personne</u> <u>mineure ou handicapée</u>	<u>Address</u> <u>Adresse</u>	<u>Telephone</u> <u>Number</u> <u>Numéro de</u> <u>téléphone</u>	<u>E-mail Address</u> <u>Adresse e-mail</u>
---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------

5. Guardianship of the person should be terminated because (select all that apply):

La tutelle de la personne doit prendre fin parce que (veuillez cocher tout ce qui s'applique) :

_____ reached the age of majority on _____ .
Name of Minor Date of Minor's 18th Birthday

A copy of the minor's birth certificate or other proof of age is attached to this petition.

_____ a atteint sa majorité le _____ .
Nom du/de la mineur(e) Date du 18ème anniversaire du/de la mineur(e)

Une copie de l'acte de naissance du/de la mineur(e) ou toute autre preuve d'âge est jointe à cette requête.

_____ became emancipated because of marriage on _____ .
Name of Minor Date of Minor's Marriage

_____ s'est émancipé(e) suite à un mariage le _____
Nom du/de la mineur(e)

. A copy of the minor's marriage certificate is attached to this petition.

_____ . Une copie de l'acte de mariage du/de la mineur(e) est jointe à cette requête.
Date de mariage du/de la mineur(e)

_____ died on _____ . A copy of the
Name of Minor or Disabled Person Date of Death

_____ est décédé(e) le _____ . Une copie de
Nom de la personne mineure ou handicapée Date de décès

l'acte de décès de la personne mineure ou handicapée est jointe à cette requête.

_____ no longer has the disability that was the basis for
Name of Disabled Person

guardianship (cessation of disability). An original medical certificate confirming the end of the disability was completed by a physician who has examined the disabled person within 21 days of the filing of this petition and is attached. (The physician should complete Form CC-GN-022, Medical Certificate - Cessation of Disability.)

_____ n'a plus le handicap qui était à la base
Nom de la personne handicapée

de la tutelle (cessation d'invalidité). Un certificat médical original confirmant la fin de l'invalidité a été complété par un médecin ayant examiné la personne handicapée dans les 21 jours suivant le dépôt de cette requête et est joint. (Le médecin doit compléter le formulaire CC-GN-022, certificat médical – cessation d'invalidité).

The following other good cause exists to terminate the guardianship:
Il existe ces autres motifs valables suivants pour mettre fin à la tutelle :

6. All required documentation is attached.
Tous les documents requis sont joints.

FOR THESE REASONS, I ask the court to:
POUR CES RAISONS, je demande au tribunal de/d' :

1. Accept my request to terminate guardianship of the person of _____ .
Name of Minor or Disabled Person
Accepter ma demande de mettre fin à la tutelle de la personne de _____ .
Nom de la personne mineure ou handicapée
2. Release _____ from the duties as guardian of the person.
Name of Guardian
Libérer _____ de ses responsabilités de tuteur de la personne.
Nom du tuteur
3. Issue an order requiring interested persons and any other persons directed by the court to show cause why my request should not be granted.
Émettre une ordonnance exigeant que les personnes concernées et toute autre personne chargée par le tribunal de démontrer les raisons pour lesquelles ma demande ne doit pas être accordée.
4. Grant any other and further relief as may be required.
Accorder tout autre redressement qui pourrait être nécessaire.

I solemnly affirm under the penalties of perjury that the contents of this document are true to the best of my knowledge, information, and belief.

Je déclare solennellement, sous peine de parjure, que le contenu de ce document est, à ma connaissance et selon les informations dont je dispose et mes convictions, véridique.

Date
Date

Signature
Signature

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