

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 ORPHANS' COURT FOR _____, MARYLAND
City/County

ОКРУЖНОЙ СУД ПО ДЕЛАМ ДЕТЕЙ-СИРОТ В _____,
ШТАТ МЭРИЛЕНД Город/Округ

Located at _____ Telephone _____
Court Address

Расположенный по адресу _____ Телефон _____
Адрес суда

Case No. _____
Дело №: _____

In the Matter of
По делу о

Name of Minor or Disabled Person
Имя и фамилия несовершеннолетнего или недееспособного лица

Docket Reference
Ссылка на список дел к слушанию

PETITION FOR TERMINATION OF GUARDIANSHIP OF THE PERSON
ХОДАТАЙСТВО О ПРЕКРАЩЕНИИ ОПЕКИ НАД ЛИЦОМ
(Md. Rule 10-209)
(Процессуальное правило штата Мэриленд 10-209)

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.**

ПРИМЕЧАНИЕ: используйте эту форму, чтобы попросить суд прекратить опеку над несовершеннолетним или недееспособным лицом. Подайте эту форму в течение 45 дней с момента нахождения оснований прекращения опеки в окружной суд или суд по делам о наследстве и опеке, юрисдикция которого распространяется на опеку. Приложите к ходатайству необходимые документы. **Опека действует до выпуска судом постановления о прекращении опеки и освобождении опекуна от обязанностей.**

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

Я, _____, проживающий(-ая) по адресу _____
Имя и фамилия

_____, имеющий номер телефона _____

и адрес электронной почты (если имеется) _____, прошу

суд прекратить опеку над лицом _____
Имя несовершеннолетнего или недееспособного лица

I state that:

Я заявляю, что:

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*):

В отношении несовершеннолетнего или недееспособного лица я являюсь: опекуном лица опекуном имущества опекуном лица и имущества прочее (*опишите*):

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
- _____ был назначен опекуном лица
Имя опекуна над лицом
- _____ согласно постановлению суда от _____ .
Имя несовершеннолетнего или недееспособного лица Дата

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).

_____ не имел контроля над имуществом
Имя опекуна над лицом
несовершеннолетнего или недееспособного лица (например, в качестве опекуна над имуществом).

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

_____ имел контроль над имуществом
Имя опекуна над лицом
несовершеннолетнего или недееспособного лица:

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)):

Ниже приводится список всех заинтересованных лиц с указанием их имен и фамилий, адресов и номеров телефонов, адресов электронной почты, если таковые имеются (см. Свод законов штата Мэриленд, статью об имуществе и доверительных фондах, § 13-101(j)).

<u>Name</u> <u>Имя и фамилия</u>	<u>Relationship to Minor or</u> <u>Disabled Person</u> <u>Отношения</u> <u>с несовершеннолетним</u> <u>или недееспособным</u> <u>лицом</u>	<u>Address</u> <u>Адрес</u>	<u>Telephone</u> <u>Number</u> <u>Номер телефона</u>	<u>E-mail Address</u> <u>Адрес</u> <u>электронной</u> <u>почты</u>
-------------------------------------	---	--------------------------------	--	---

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

Причины прекращения опеки над лицом (выберите все применимые варианты):

_____ 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.

_____ достиг(-ла) совершеннолетия _____ .
Имя несовершеннолетнего лица Дата наступления совершеннолетия

Копия свидетельства о рождении несовершеннолетнего лица или иной документ, подтверждающий возраст, приложены к ходатайству.

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

_____ эмансипировался(-лась) в связи с браком _____ .
Имя несовершеннолетнего Date of Minor's Marriage

_____ . A copy of the minor's marriage certificate is attached to this petition.
Date of Minor's Marriage

_____ . Копия свидетельства о рождении несовершеннолетнего лица или иной документ, подтверждающий возраст, приложены к ходатайству.
Дата бракосочетания несовершеннолетнего

_____ died on _____ . A copy of the
Name of Minor or Disabled Person Date of Death
 minor or disabled person's death certificate is attached to this petition.

_____ умер(-ла) _____ . Копия
Имя несовершеннолетнего или недееспособного лица Дата смерти
 свидетельство о смерти несовершеннолетнего или недееспособного лица приложено к ходатайству.

_____ 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.)

_____ больше не имеет недееспособности, которая являлась основанием
Имя и фамилия недееспособного лица
 опека (прекращение недееспособности). Оригинал медицинского сертификата, подтверждающий окончание недееспособности терапевтом, который осмотрел недееспособное лицо в течение 21 дня с момента подачи ходатайства, приложен. (Терапевт должен заполнить форму CC-GN-022 «Медицинский сертификат — прекращение дееспособности»).

The following other good cause exists to terminate the guardianship:
Также имеется следующая веская причина для прекращения опеки:

6. All required documentation is attached.
Приложена вся необходимая документация.

FOR THESE REASONS, I ask the court to:
В СИЛУ ЭТИХ ПРИЧИН я прошу суд:

1. Accept my request to terminate guardianship of the person of _____ .
Name of Minor or Disabled Person
Принять мой запрос о прекращении опеки над лицом _____ .
Имя несовершеннолетнего или недееспособного лица
2. Release _____ from the duties as guardian of the person.
Name of Guardian
Освободить _____ от обязанностей опекуна над лицом.
Имя и фамилия опекуна
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.
Издать судебный приказ, обязывающий резервного опекуна (опекунов) и заинтересованных лиц предъявить причины, по которым моя просьба не должна быть удовлетворена.
4. Grant any other and further relief as may be required.
Предоставить любую другую и дополнительную помощь, которая может потребоваться.

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.

Понимая ответственность за дачу ложных показаний, я официально подтверждаю, что содержание этого документа верно согласно моим знаниям и убеждениям и на основании имеющейся у меня информации.

Date
Дата

Signature
Подпись

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