



CIRCUIT     ORPHANS' COURT    FOR \_\_\_\_\_, MARYLAND  
City/County

**TRIBUNAL DE CIRCUITO TESTAMENTARIO PARA \_\_\_\_\_, MARYLAND**  
Ciudad/Condado

Located at \_\_\_\_\_ Case No. \_\_\_\_\_

Ubicado en \_\_\_\_\_ **Número de caso**  
Court Address Dirección del tribunal

In the Matter of  
En el caso de

\_\_\_\_\_  
Name of Minor or Disabled Person Docket Reference  
Nombre del menor o persona discapacitada Referencia de lista de casos

**PETITION FOR TERMINATION OF GUARDIANSHIP OF THE PERSON**  
**(Md. Rule 10-209)**  
**SOLICITUD DE RESCISIÓN DE LA TUTELA DE UNA PERSONA**  
**(Regla de Maryland 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 his/her duties.**

**NOTA:** Use este formulario para solicitar que el tribunal rescinda la tutela de una persona menor o de una persona discapacitada. Presente este formulario en un plazo de 45 días a partir del descubrimiento de los motivos de la rescisión ante el tribunal de circuito o tribunal testamentario que tenga jurisdicción sobre la tutela. Adjunte todos los documentos requeridos a la solicitud. **La designación como tutor no finalizará hasta que el tribunal dicte una orden en la que se rescinda la tutela y se libere al tutor de sus obligaciones.**

I, \_\_\_\_\_, whose address is \_\_\_\_\_  
Name

whose telephone number is \_\_\_\_\_, and whose email address (if available) is \_\_\_\_\_,  
asks that the court terminate the guardianship of the person of \_\_\_\_\_.  
Name of Minor or Disabled Person

Yo, \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_  
Nombre

con el número de teléfono \_\_\_\_\_, y con la dirección de correo electrónico (si

está disponible) \_\_\_\_\_, solicito que el tribunal rescinda la tutela de la persona de \_\_\_\_\_.  
Nombre del menor o de la persona discapacitada

I state that:

Declaro lo siguiente:

1. My relationship to the minor or disabled is

Mi relación con el menor o la persona discapacitada es

guardian of the person  
tutor de la persona

guardian of the property  
tutor de los bienes

guardian of the person and property  
tutor de la persona y de los bienes

other (*describe*):  
otra (*describala*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ was appointed guardian of the person for

Name of Guardian of the Person

by order of this

Name of Minor or Disabled Person

court on \_\_\_\_\_.

Date

\_\_\_\_\_ fue designado como tutor de la persona

Nombre del tutor de la persona

de \_\_\_\_\_ por orden

Nombre del menor o de la persona discapacitada

de este tribunal el \_\_\_\_\_.

Fecha

3. \_\_\_\_\_ has not exercised any

Name of Guardian of the Person

control over any property of the minor or disabled person (for example, as guardian of the property).

\_\_\_\_\_ no ha ejercido ningún

Nombre del tutor de la persona

control sobre ninguno de los bienes del menor o de la persona discapacitada (por ejemplo, como tutor de los bienes).

\_\_\_\_\_ exercised the following

Name of Guardian of the Person

control over property of the minor or disabled person:

\_\_\_\_\_ ejerció el siguiente control

Nombre del tutor de la persona

sobre los bienes del menor o de la persona discapacitada:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

La siguiente es una lista de los nombres, las direcciones, los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico (si están disponibles) de todas las personas interesadas (ver el Código de Maryland, Artículo sobre patrimonios y fideicomisos, §13-101(j)):

<u>Name</u>	<u>Relationship to Minor or Disabled Person</u>	<u>Address</u>	<u>Telephone Number</u>	<u>Email Address</u>
<u>Nombre</u>	<u>Relación con el menor o la persona discapacitada</u>	<u>Dirección</u>	<u>Número de teléfono</u>	<u>Dirección de correo electrónico</u>

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

5. Guardianship of the person should be terminated because (select all that apply):  
Se debe rescindir la tutela de la persona porque (seleccione todas las opciones correspondientes):

\_\_\_\_\_ 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.

\_\_\_\_\_ alcanzó la mayoría de  
Nombre del menor

edad el \_\_\_\_\_

Fecha del cumpleaños número 18 del menor

Se adjunta a esta solicitud una copia del acta de nacimiento del menor u otra prueba de su edad.

\_\_\_\_\_ became emancipated  
Name of Minor  
because of marriage on \_\_\_\_\_. A copy of the  
Date of Minor's Marriage  
minor's marriage certificate is attached to this petition.

- \_\_\_\_\_ se emancipó por  
Nombre del menor  
matrimonio el \_\_\_\_\_. Se adjunta a  
Fecha en que el menor contrajo matrimonio  
esta solicitud una copia del acta de matrimonio del menor.

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

- \_\_\_\_\_ falleció  
Nombre del menor o de la persona discapacitada  
el \_\_\_\_\_. Se adjunta a esta solicitud una copia del acta de  
Fecha de defunción  
defunción del menor o de la persona discapacitada.

\_\_\_\_\_ no longer has the disability that was the  
Name of Disabled Person  
basis for guardianship (cessation of disability). An original medical certificate showing  
to the end of the disability was completed by a physician who has examined the  
disabled person within 21 days of filing of this petition and is attached. (The physician  
should complete Form CC-GN-022, Medical Certificate - Cessation of Disability.)

- \_\_\_\_\_ ya no tiene la discapacidad que  
Nombre de la persona discapacitada  
justificaba la tutela (cese de la discapacidad). Se adjunta a esta solicitud un certificado  
médico original en el que se demuestra el cese de la discapacidad, completado por un  
médico que examinó a la persona discapacitada dentro de un plazo de 21 días de la  
presentación de esta solicitud. (El médico debe completar el formulario CC-GN-022  
"Certificado médico: cese de la discapacidad").

- The following other good cause exists to terminate the guardianship:  
Existe el siguiente motivo justificado para rescindir la tutela:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 
- 
6. All required documentation is attached.  
**Se adjunta toda la documentación requerida.**

**FOR THESE REASONS**, I ask the court to:

**POR ESTOS MOTIVOS**, solicito que el tribunal:

1. Accept my request to terminate guardianship of the person of

\_\_\_\_\_  
(Name of Minor or Disabled Person)

**Acepte mi solicitud de rescisión de la tutela de la persona de**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del menor o de la persona discapacitada**

2. Release \_\_\_\_\_ of the duties as guardian of the person.  
Name of Guardian

**Libere a \_\_\_\_\_ de sus obligaciones como tutor de  
Nombre del tutor  
la persona.**

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.

**Dicte una orden en la que se les solicite a las personas interesadas o a otras personas que el tribunal determine que presenten motivos justificados por los cuales no se me debería otorgar lo solicitado.**

4. Grant any other and further relief as may be required.

**Otorgue cualquier otra reparación que sea necesaria.**

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.

**Afirmo solemnemente bajo pena de perjurio que el contenido de este documento es verdadero según mi leal saber y entender, información y creencia.**

\_\_\_\_\_  
Date  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
Signature  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
Printed Name  
**Nombre en letra imprenta**