

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 COURT FOR _____, MARYLAND
TRIBUNAL DE CIRCUIT POUR _____, MARYLAND

Located at
Situé au _____

Court Address
Adresse du tribunal _____

City/County
Ville/Comté _____

Telephone
Téléphone _____

In the Matter of
Dans l'affaire concernant _____

Case No.
N° de l'affaire _____

Name of Alleged Disabled Person
Nom de la personne handicapée présumée _____

Docket Reference
Référence du registre _____

PETITION FOR APPOINTMENT OF HEALTH CARE PROFESSIONALS
REQUÊTE DE NOMINATION DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ
(Md. Rule 10-202 (a)(3))
(Règle du Md. 10-202 (a)(3))

NOTE: Use this form if you are asking the court for guardianship of an alleged disabled person who lives with or is under the control of someone who refuses to allow them to be examined or evaluated by health care professionals (physician, psychologist, licensed certified social worker-clinical, or nurse practitioner). File this form with the **Petition for Guardianship of Alleged Disabled Person** (CC-GN-002). Attach any documents that support your request. The court may issue an order requiring the person who refuses to allow the alleged disabled person to be examined or evaluated to appear at a hearing and explain why the alleged disabled person should not be examined or evaluated. The court may also require the alleged disabled person to appear at that hearing.

NOTE : Utilisez ce formulaire si vous demandez au tribunal la tutelle à la personne pour une personne handicapée présumée, qui réside avec ou se trouve sous le contrôle d'une personne qui refuse qu'elle soit examinée ou évaluée par des professionnels de la santé (médecin, psychologue, assistant social-clinique certifié et agréé ou infirmière agréée). Déposez ce formulaire avec la **Requête de tutelle à la personne pour personne handicapée présumée** (CC-GN-002). Joignez tous les documents à l'appui de votre requête. Le tribunal peut émettre une ordonnance enjoignant la personne qui refuse que la personne handicapée présumée soit examinée ou évaluée de se présenter à une audience et d'expliquer pourquoi la personne handicapée présumée ne doit pas être examinée ou évaluée. Le tribunal peut aussi demander que la personne handicapée présumée soit présente lors de cette audience.

I, _____, whose address is _____
Name

_____, and whose telephone number is _____,

and whose email address (if available) is _____, ask the court to appoint two health care professionals to examine or evaluate _____ . I state that:

Name of alleged disabled person

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

_____, dont le numéro de téléphone est _____,

et dont l'adresse électronique (le cas échéant) est _____, demande au tribunal de nommer deux professionnels de la santé pour examiner ou évaluer _____. Je déclare que :

Nom de la personne handicapée présumée

- 1. Along with this petition, I have filed a Petition for Guardianship of the Alleged Disabled Person of _____ with this court.
Name of alleged disabled person

Outre la présente requête, j'ai déposé une requête de tutelle à la personne pour la personne handicapée présumée dont le nom est _____ auprès de ce tribunal.
Nom de la personne handicapée présumée

2. _____ lives with or is under the control of _____,
Name of alleged disabled person Name
who has refused to allow _____ to be examined or evaluated by a
Name of alleged disabled person
health care professional. I made the following efforts to have the alleged person examined or evaluated:
_____ réside avec ou est sous le contrôle de _____,
Nom de la personne handicapée présumée Nom
qui a refusé que _____ soit examiné(e) ou évalué(e) par un
Nom de la personne handicapée présumée
professionnel de la santé. J'ai entrepris les efforts suivants pour que la personne handicapée présumée
puisse être examinée ou évaluée :

3. _____ may be at risk unless a guardian is appointed. In
Name of alleged disabled person
addition to the concerns expressed in the Petition for Guardianship of Alleged Disabled person, I have
the following other concerns:
_____ peut être en danger, à moins qu'un tuteur ne soit
Nom de la personne handicapée présumée
nommé. Outre les préoccupations exprimées dans la Requête de tutelle à la personne pour une personne
handicapée présumée, j'ai les autres préoccupations suivantes :

FOR THESE REASONS, I ask the court to:

POUR CES RAISONS, je demande au tribunal de :

1. Issue an order requiring _____
Name of person the alleged disabled person lives with or is under the control of
to appear and show cause why _____ should not be
Name of alleged disabled person
examined or evaluated.
Émettre une ordonnance enjoignant que _____
Nom de la personne avec qui la personne handicapée présumée
réside ou sous le contrôle de qui elle se trouve
se présente et justifie pourquoi _____ ne doit pas être
Nom de la personne handicapée présumée
examinée or évaluée.
2. Schedule a hearing as soon as possible.
Fixer une audience dès que possible.
3. Grant any other and further relief as may be required.

Accorder tout autre redressement, le cas échéant.

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

Street Address
Adresse

Printed Name
Nom en caractères d'imprimerie

City, State, Zip
Ville, État, Code postal

Telephone Number
Numéro de téléphone

E-mail
E-mail

Fax
Télécopie