The forms are in bilingual format for your convenience, but must be completed and filed with the court in English.
서식들은 편의를 위해서 이중 언어 포맷으로 제공되나, 반드시 영어로 작성하여 법원에 제출해야 합니다.

CIRCUIT COURT FOR _____, **MARYLAND**
순회법원 관할지 _____, **메릴랜드**
City/County
시/카운티

Located at
소재지_____, **Case No.** **사건 번호** _____
Court Address
법원 주소

In the Matter of
관련당사자

_____ _____
Name of Alleged Disabled Person
관련 장애인의 성명

Docket Reference
소송사건 일람표 참조번호

PETITION FOR APPOINTMENT OF HEALTH CARE PROFESSIONALS
의료 전문가 임명 청원서
(Md. Rule 10-202 (a)(3))
(메릴랜드 규칙 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.
참고: 관련 장애인과 함께 살고 있거나 관련 장애인을 통제하고 있는 어떤 사람이 관련 장애인이 의료 전문가 (의사, 심리학자, 유면허 공인 임상 사회복지사, 또는 전문 간호사)의 검사 또는 평가를 못 받게 하고 있다는 주장에 따라 법원에 후견인 선임을 요청하고자 하는 경우 이 양식을 사용하십시오. 이 양식을 **관련 장애인을 위한 후견인 선임 청원서**(양식 CC-GN-002)와 함께 제출하십시오. 귀하의 요청을 입증하는 모든 서류를 첨부하십시오. 법원은 관련 장애인이 검사 또는 평가를 받지 못하도록 하고 있는 사람에게 심리에 출두해서 관련 장애인이 검사 또는 평가를 받지 못하도록 하는 이유가 무엇인지 설명하도록 요구하는 명령을 발부할 수 있습니다. 법원은 또한 관련 장애인에게 심리에 출두하도록 요구할 수 있습니다.

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

본인,_____ 은(는), 주소가 _____,
이름
_____, 전화 번호가 _____,
이메일 주소가 (해당되는 경우) _____이며, 법원이
_____을(를) 검사 또는 평가할 두 명의 의료 전문가를 임명해 줄 것을 요청합니다.
관련 장애인의 성명
본인은 다음과 같이 진술합니다:

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
이 청원서와 함께, 관련 장애인 _____ 의 후견인 임명을 본 법원에 제출하였습니다.
관련 장애인의 성명

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:

_____ 은 _____와(과) 함께 살고 있거나 통제를 받고 있는 데,
관련 장애인의 성명 — 성명

이 사람은 _____ 이 의료 전문가에 의한 검사
관련 장애인의 성명

또는 평가를 받지 못하도록 하고 있습니다. 본인은 관련 장애인을 검사 또는 평가했습니다:

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:

_____ 은 후견인을 선임하지 않으면 위험에 처할 수 있습니다. 관련
관련 장애인의 성명

장애인의 후견인 청원서에 표명된 우려 사항 외에도, 본인은 다음과 같은 기타 사항을 우려합니다:

FOR THESE REASONS, I ask the court to:
이러한 이유로, 본인은 법원에 다음과 같이 요청합니다:

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.

다음 사람이 _____
관련 장애인과 같이 살거나 관련 장애인을 통제하고 있는 사람의 성명

법원에 출두하여 관련 장애인 _____ 이 검사 또는
관련 장애인의 성명

평가를 받아서는 안되는 이유를 설명하도록 요구하는 명령을 발부해 주십시오.

2. Schedule a hearing as soon as possible.
가능한 한 빨리 심리 일정을 잡아주십시오.

3. Grant any other and further relief as may be required.
필요에 따라 기타 및 추가 구제를 승인해 주십시오.

Case No. _____
사건 번호 _____

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.

본인은 위증의 경우 처벌을 받는다는 전제 하에 본인의 지식, 정보, 확신에 근거하여 이 문서의 내용이 사실이라는 것을 엄숙히 선언합니다.

_____
Date
날짜

_____
Signature
서명

_____
Printed Name
성명(정자체)