

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 COURT FOR _____, MARYLAND
ОКРУЖНОЙ СУД _____, ШТАТ МЭРИЛЕНД

City/County
Города/округа

Located at
Расположенный по адресу _____ Telephone
Телефон _____

Court Address
Адрес суда _____ Case No.
№ дела _____

In the Matter of
По делу о _____

Name of Alleged Disabled Person
Имя и фамилия предполагаемого недееспособного лица

Docket Reference
Ссылка на список дел к слушанию

PETITION FOR APPOINTMENT OF HEALTH CARE PROFESSIONALS
ХОДАТАЙСТВО О НАЗНАЧЕНИИ РАБОТНИКОВ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
(Md. Rule 10-202 (a)(3))
(Процессуальное правило штата Мэриленд 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.

ПРИМЕЧАНИЕ: Используйте настоящий формуляр, если вы обращаетесь в суд с просьбой об опекунстве над предполагаемым недееспособным лицом, которое проживает совместно с каким-либо лицом или находится под контролем такого лица, которое не позволяет недееспособному лицу пройти медосмотр или обследование работниками здравоохранения (врачом, психологом, аттестованным социальным работником-клиницистом, имеющим лицензию, или практикующей медицинской сестрой). Подайте в суд этот документ вместе с **Ходатайством о назначении опекуна над предполагаемым недееспособным лицом** (CC-GN-002). Приложите все документы в поддержку вашей просьбы. Суд может издать постановление, в соответствии с которым лицо, которое отказывается разрешить предполагаемому недееспособному лицу пройти медосмотр или обследование, должно будет явиться на слушание и объяснить почему это предполагаемое недееспособное лицо не должно проходить медосмотр или обследование. Суд может также потребовать, чтобы предполагаемое недееспособное лицо явилось на это слушание.

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

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

и адрес электронной почты (при наличии таковой) _____, прошу суд назначить
двух работников здравоохранения для проведения осмотра и обследования _____. Я заявляю, что:
Имя и фамилия предполагаемого недееспособного лица

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

Наряду с настоящим ходатайством я подал(-а) в суд Ходатайство о назначении опекуна для предполагаемого _____ недееспособного лица.

Имя и фамилия предполагаемого недееспособного лица _____

2. _____ lives with or is under the control of _____, who has refused to allow _____ to be examined or evaluated by a health care professional. I made the following efforts to have the alleged person examined or evaluated:

Name of alleged disabled person

Name

Name of alleged disabled person

_____ проживает совместно с и находится под

Имя и фамилия предполагаемого недееспособного лица _____

его контролем _____, отказывается разрешить

Имя и фамилия _____

_____ медицинский осмотр или обследование

Имя и фамилия предполагаемого недееспособного лица _____

работниками здравоохранения. Я предпринял следующие попытки для того, чтобы предполагаемое лицо прошло медосмотр или обследование:

3. _____ may be at risk unless a guardian is appointed. In addition to the concerns expressed in the Petition for Guardianship of Alleged Disabled person, I have the following other concerns:

Name of alleged disabled person

_____ Здоровье может пострадать, если над ним не будет назначен опекун. В дополнение к опасениям о его/её здоровье, описанным в Ходатайстве о назначении опекуна для предполагаемого недееспособного лица, я имею другие опасения:

Имя и фамилия предполагаемого недееспособного лица _____

FOR THESE REASONS, I ask the court to:

В СИЛУ ЭТИХ ПРИЧИН я прошу суд:

1. Issue an order requiring _____ to appear and show cause why _____ should not be examined or evaluated.

Name of person the alleged disabled person lives with or is under the control of

Name of alleged disabled person

Издать постановление, в соответствии с которым _____

Имя и фамилия лица, с которым недееспособное лицо совместно проживает или под контролем которого оно находится _____

должен(-на) явиться в суд и объяснить почему _____ не должен проходить

Имя и фамилия предполагаемого недееспособного лица _____

медицинский осмотр или медицинское обследование.

2. Schedule a hearing as soon as possible.
Как можно скорее назначить слушание.
3. Grant any other and further relief as may be required.
Предоставить все дополнительные средства защиты в будущем по мере необходимости.

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

Street Address
Адрес с указанием улицы и дома

City, State, Zip
Город, штат, почтовый индекс

E-mail
Адрес электронной почты

Signature
Подпись

Printed Name
Имя и фамилия печатными буквами

Telephone Number
Номер телефона

Fax
Факс