



☐ CIRCUIT ☐ ORPHANS' COURT FOR _____, MARYLAND
City/County
TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DES ORPHELINS DE
_____, MARYLAND
Ville/Comté

Located at _____ Telephone _____
Court Address
Situé à _____ Téléphone _____
Adresse du tribunal
Case No. _____
Affaire n° _____

In the Matter of
Dans l'affaire concernant

Name of Minor or Disabled Person
Nom de la personne mineure ou handicapée

Docket Reference
Référence du registre

PETITION TO TRANSFER GUARDIANSHIP TO ANOTHER COUNTY
(Md. Rule 10-109(b))
REQUÊTE POUR TRANSFERT DE TUTELLE DANS UN AUTRE COMTÉ
(Règle 10-109(b) du Md.)

NOTE: Use this form if you are the guardian of a minor or disabled person and want the guardianship to be transferred to the circuit court in another county in Maryland. Attach any documents that support your request.
REMARQUE : Veuillez utiliser ce formulaire si vous êtes le tuteur d'une personne mineure ou handicapée et que vous souhaitez que la tutelle soit transférée au tribunal de première instance d'un autre comté du Maryland. Veuillez joindre tous les documents à l'appui de votre requête.

I, _____, whose address is _____
Name
_____, whose telephone number is _____,
and whose e-mail address (if available) is _____, ask the court
to transfer the guardianship ☐ of the person ☐ of the property ☐ of the person and property of

_____ to the ☐ circuit court ☐ orphans' court of
Name of Minor or Disabled Person

City/County

Je soussigné(e), _____, dont l'adresse est _____
Nom
_____, dont le numéro de téléphone est le _____,
et dont l'adresse e-mail (le cas échéant) est _____, demande au tribunal
transférer la tutelle à la personne aux biens à la personne et aux biens de
_____ au tribunal de première instance tribunal des orphelins de
Nom de la personne mineure ou handicapée

Ville/Comté

I state that:

Je déclare que :

1. I was appointed as guardian ☐ of the person ☐ of the property ☐ of the person and property of

_____ by order of this court on _____
Name of Minor or Disabled Person Date

j'ai été nommé tuteur à la personne aux biens à la personne et aux biens de

_____ par ordonnance de ce tribunal le _____
Nom de la personne mineure ou handicapée Date

2. The transfer of the guardianship

Le transfert de la tutelle

☐ is in the best interest of the minor or disabled person because:

est dans le meilleur intérêt de la personne mineure ou handicapée car :

☐ serves my convenience because:

me convient car:

and is not inconsistent with the best interest of the minor or disabled person, and serves the interest of justice.

et n'est pas incompatible avec le meilleur intérêt de la personne mineure ou handicapée et sert l'intérêt de la justice.

FOR THESE REASONS, I ask the court to:

AU VU DE CES MOTIFS, je demande au tribunal de/d':

1. Transfer the guardianship ☐ of the person ☐ of the property ☐ of the person and property of

_____ to the ☐ circuit court ☐ orphans' court of
Name of Minor or Disabled Person

City/County

transférer la tutelle à la personne aux biens à la personne et aux biens de

_____ au tribunal de première instance tribunal des orphelins de
Nom de la personne mineure ou handicapée

Ville/Comté

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

Accorder tout autre redressement qui pourrait être nécessaire.

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
Street Address Adresse
City, State, Zip Ville, État, Code postal
E-mail E-mail

Signature Signature
Printed Name Nom en caractères d'imprimerie
Telephone Number Numéro de téléphone
Fax Télécopie

CERTIFICATE OF SERVICE
CERTIFICAT DE SIGNIFICATION

I certify that I served a copy of this Petition to Transfer Guardianship to Another County and any attachments by mail, postage prepaid, on _____ to the following interested persons:
Date

Je certifie avoir signifié une copie de cette requête de transfert de tutelle dans un autre comté et de toute pièce jointe par envoi d'un courrier de première classe et affranchi, le _____ aux personnes concernées suivantes :
Date

Name Nom
Name Nom
Name Nom
Name Nom
Name Nom
Name Nom
Name Nom
Name Nom
Date Date

Street Address Adresse
City, State, Zip Ville, État, Code postal
Street Address Adresse
City, State, Zip Ville, État, Code postal
Street Address Adresse
City, State, Zip Ville, État, Code postal
Street Address Adresse
City, State, Zip Ville, État, Code postal
Street Address Adresse
City, State, Zip Ville, État, Code postal
Street Address Adresse
City, State, Zip Ville, État, Code postal
Signature of Serving Party Signature de la partie qui signifie