



☐ CIRCUIT ☐ ORPHANS' COURT FOR _____, MARYLAND
순회 고아 법원, 관할지 _____, 메릴랜드

Located at _____ Telephone. _____
소재지 _____ 전화번호. _____

Court Address
법원 주소

City/County
시/카운티
Case No. _____
사건 번호 _____

In the Matter of
관련 당사자

Name of Disabled Person or Minor
장애인 또는 미성년자의 성명

Docket Reference
소송사건 일람표 참조번호

PETITION TO TRANSFER GUARDIANSHIP TO ANOTHER STATE

다른 주로의 후견권 이전 신청

(Md. Code, Estates & Trusts Art., § 13.5-301)

(메릴랜드주 재산 및 신탁법 조항 § 13.5-301)

NOTE: Use this form if you are the guardian of a disabled person or minor and want the court to transfer the guardianship from Maryland to another state. Attach any documents that support your request.

참고: 귀하가 장애인이나 미성년자의 후견인이며 법원이 메릴랜드주에서 다른 주로 후견권을 이전하길 원할 경우 본 양식을 사용하십시오. 귀하의 요청을 입증하는 모든 서류를 첨부하십시오.

I, _____, whose address is _____

본인 _____ 은(는) 주소가 _____

Name
성명

Address
주소

_____ whose telephone number is _____

_____ 이고, 전화번호가 _____ 이며

and whose email address (if available) is _____, ask the court

to transfer the guardianship ☐ of the person ☐ of the property ☐ of the person and property of

이메일 주소(해당하는 경우)가 _____ 이며,

다음 사람의 개인 재산 개인 및 재산의 후견권을 다음 주소의 다음 법원으로 이전할 것을 요청합니다

_____ to the _____

_____ 다음 법원 _____

Name of Disabled Person or Minor
장애인 또는 미성년자의 이름

Name of Court
법원 이름

in the state of _____ and in the county of _____.

주 _____ 카운티 _____.

I state that:

본인은 다음과 같이 진술합니다:

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 Disabled Person or Minor Date of Guardian's Appointment
본인은 본 법원의 명령에 의해 다음 사람의 개인 재산 개인 및 재산의 후견인으로 지정되었습니다
_____ 명령 일자 _____
장애인 또는 미성년자의 이름 후견인 지정 일자

2. Complete Section 2 if you are asking the court to transfer a guardianship of the person to another state.
개인 후견권을 다른 주로 이전하고자 법원에 요청할 때 섹션 2를 작성하십시오.

The guardianship of the person should be transferred because _____
Name of Disabled Person or Minor

now lives in or is expected to move permanently to the state of _____.

The plans for care and services in the state of _____ are:

다음 사람의 개인 후견인이 다음과 같은 이유로 이전되어야 합니다 _____
장애인 또는 미성년자의 성명

다음 주에 현재 거주하고 있거나 영구적으로 이사합니다 _____.

다음 주의 케어 및 서비스 계획은 다음과 같습니다 _____:

3. Complete Section 3 if you are asking the court to transfer a guardianship of the property to another state.
재산 후견권을 다른 주로 이전하고자 법원에 요청할 때 섹션 3를 작성하십시오.

_____ (select one):

_____ (하나만 선택):

Name of Disabled Person or Minor
장애인 또는 미성년자의 성명

☐ now lives in or is expected to move permanently to the state of _____.

다음 주에 현재 거주하고 있거나 영구적으로 이사합니다 _____.

☐ does not live in and is not expected to move permanently to the state of _____.

but has the following significant connection to that state:

다음 주에 거주하지 않으며 영구적으로 이사하지 않습니다 _____.
하지만 해당 주와 다음과 같은 중요한 연결점이 있습니다:

The plans for management of property in the guardianship estate in the state of _____ are:

다음 주 _____의 후견 부동산의 재산 관리 계획은 다음과 같습니다:

4. Facts supporting that _____ will accept the transfer of the guardianship are:

_____(가) 후견권 이전을 수락함을 입증하는 사실:

FOR THESE REASONS, I ask the court to:

이러한 사유로, 본인은 법원에 다음과 같이 요청합니다:

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

_____ to the state of _____, pursuant

Name of Disabled Person or Minor

to Md. Code, Estates and Trusts Art., § 13.5-301.

다음 사람의 개인 재산 개인 및 재산의 후견권을 다음 주로 이전할 것을 요청합니다

_____, 근거 조항은 다음과 같습니다

장애인 또는 미성년자의 성명

메릴랜드주 재산 및 신탁법 조항 § 13.5-301.

2. Terminate the guardianship ☐ of the person ☐ of the property ☐ of the person and property of

_____ in this court upon acceptance of the transfer by the

Name of Disabled Person or Minor

state of _____.

다음 주로의 이전이 수락되면 다음 사람에 대한 본 법원의 개인 재산 개인 및 재산의 후견권을

_____ 종료합니다

장애인 또는 미성년자의 성명

이전 대상 주 _____.

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

필요에 따라 기타 및 추가 구제를 승인해 주십시오.

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 위증을 범하는 경우 처벌을 받는다는 전제 하에 본인의 아는 바, 정보, 확신에 근거하여 본 문서의 내용이 사실이라는 것을 엄숙히 선언합니다.

Date
날짜

Signature
서명

Street Address 주소
City, State, Zip 시, 주, 우편번호
E-mail 이메일

Printed Name 성명(정자체)
Telephone Number 전화번호
Fax 팩스 번호

CERTIFICATE OF SERVICE
송달 증명서

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

본인은 _____ 에 다음 이해관계자에게 요금 선불 우편으로 다른 주로의 후견권
일자
이전 신청서 및 첨부 문서 사본을 송달했음을 확인합니다:

Name 성명

Street Address 거리 주소

City, State, Zip 시, 주, 우편번호

Name 성명

Street Address 거리 주소

City, State, Zip 시, 주, 우편번호

Name 성명

Street Address 거리 주소

City, State, Zip 시, 주, 우편번호

Name 성명

Street Address 거리 주소

City, State, Zip 시, 주, 우편번호

Name 성명

Street Address 거리 주소

	<div>City, State, Zip 시, 주, 우편번호</div>
<div>Name 성명</div>	<div>Street Address 거리 주소</div>
	<div>City, State, Zip 시, 주, 우편번호</div>
<div>Date 일자</div>	<div>Signature of Serving Party 송달 당사자 서명</div>