



☐ **CIRCUIT** **ORPHANS' COURT FOR** \_\_\_\_\_, **MARYLAND**

City/County

순회법원

고아법원

도시/카운티

메릴랜드

Located at \_\_\_\_\_ **Case No.** \_\_\_\_\_

Court Address

위치:

법원 주소

사건번호

In the Matter of

관련당사자

\_\_\_\_\_  
Name of Minor or Disabled Person

미성년자 또는 장애인의 성명

\_\_\_\_\_  
Docket Reference

사건기록부 참조번호

### WAIVER OF NOTICE – INTERESTED PERSON

(Md. Rules 10-105(a))

통지 받을 권리의 포기 - 이해관계인

(메릴랜드 규칙 10-105(a))

**NOTE:** In a guardianship case, interested persons have the right to receive notice about certain papers filed with the court or events that affect the minor or disabled person under guardianship. Use this form if you are an interested person (other than the minor or disabled person) and do not want to receive these notices. File this form in the circuit or orphans' court that has jurisdiction over the guardianship. **Your request is not effective until the court approves it.**

주: 후견인 사건에서, 이해관계인은 법원에 제출된 일정한 서류 또는 후견을 받고 있는 미성년자나 장애인에게 영향을 미치는 사건에 대해 통지를 받을 권리가 있습니다. 귀하가 이해관계인(미성년자 또는 장애인 이외의)으로서, 이러한 통지를 받고 싶지 않을 경우, 이 양식을 사용하십시오. 이 양식을 후견인에 대해 관할권이 있는 순회법원이나 고아법원에 제출하십시오. 귀하의 신청은 법원이 승인할 때까지는 효력이 없습니다.

I, \_\_\_\_\_, whose address is \_\_\_\_\_  
Name

whose telephone number is \_\_\_\_\_, and whose email address (if available) is \_\_\_\_\_,  
an interested person to the guardianship of

본인, \_\_\_\_\_ [주소: \_\_\_\_\_]  
성명

전화번호: \_\_\_\_\_, 이메일 주소(있을 경우): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ]는 아래 후견에 대한 이해관계인입니다.

- the person  
당사자의 후견인
- the property  
당사자 재산에 대한 후견인
- the person and property of  
당사자 및 그 재산에 대한 후견인

\_\_\_\_\_ waive the right to any and all notices in this matter.  
Name of Minor or Disabled Person

\_\_\_\_\_는(은) 이 사안에서의 모든통지를 받을  
미성년 또는 장애인 성명  
권리를 포기합니다.

I understand that I can revoke this waiver at any time by filing a revocation with the court.  
본인은, 본 법원에 취소 신청서를 제출함으로써 이 포기를 언제든지 취소할 수  
있음을 이해하고 있습니다.

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 위증죄의 죄책을 감수하고, 이 문서의 내용이 본인이 최대한 알고  
있고, 또한 믿고 있는 한, 진실임을 엄숙하게 확인합니다.

\_\_\_\_\_  
Date  
일자

\_\_\_\_\_  
Signature  
서명

\_\_\_\_\_  
Printed Name  
성명 (정자체)