



☐ CIRCUIT ☐ ORPHANS' COURT FOR _____, MARYLAND
City/County

순회 고아 법원, 관할지 _____, 메릴랜드
시/카운티

Located at _____ Telephone _____
소재지 _____ 전화번호 _____

Court Address
법원 주소

In the Matter of
관련 사건

Case No. _____
사건 번호 _____

Name of Alleged Disabled Person
관련 장애인의 성명

Docket Reference
소송사건 일람표 참조번호

**REQUEST FOR EXPEDITED HEARING
IN CONNECTION WITH MEDICAL TREATMENT**
치료와 관련된
신속 심리 요청

(Md. Code, Estates & Trusts Art., §13-705(f), Md. Rule 10-201(f))
(메릴랜드주 법령, 재산 및 신탁법 § 13-705(f), 메릴랜드주 규칙 10-201(f))

NOTE: Use this form to ask the court to hold an expedited hearing on your petition for guardianship of the person of an alleged disabled person. An expedited hearing may be needed if delaying a decision about starting/stopping treatment or discharge from a health care facility compromises or threatens the medical well-being of the alleged disabled person, even if a delay may not put them in imminent risk of harm. File this request with your petition. Attach additional sheets if needed.

참고: 법원에 소위 장애인의 본인 후견 지정 신청에 대한 긴급 심리를 요청하기 위해 이 양식을 사용하십시오. 비록 지연이 장애인을 임박한 위험에 노출시키지 않는다고 하여도, 치료 시작/중단 또는 의료 시설에서의 퇴원과 관련된 결정이 지연될 경우 소위 장애인의 의학적 웰빙이 훼손되거나 위협을 받는 경우 신속 심리가 필요할 수 있습니다. 청원서와 함께 이 요청을 제출하십시오. 필요할 경우 추가 자료를 첨부하십시오.

I, _____, whose age is _____, whose date of birth is _____
Name Age

_____, whose address is _____
Address

_____, whose telephone number is _____, Telephone Number

and whose e-mail address (if available) is _____, ask the court
E-mail

to appoint me as guardian of ☐ the person ☐ the property ☐ the person and property of

_____. I state that:

본인은, _____, 나이가 _____ 이고, 생년월일은 _____
이름 나이

_____이며, 주소는 _____
주소

_____이고, 전화번호가 _____이며
전화번호

및 이메일 주소(해당하는 경우)가 _____이며, 본인을 다음 사람의
이메일

본인 후견인 재산 후견인 본인 및 재산 후견인으로 지정해줄 것을 법원에 요청합니다

_____. 본인은 다음과 같이
진술합니다:

1. I am asking the court to hold an expedited hearing for the following reasons (describe how the alleged disabled person's current circumstances are not meeting the medical needs of that person):
다음 사유로 인해 신속 심리를 개최할 것을 요청합니다 (소위 장애인의 현재 상황이 어떻게 해당인의 의료적 필요성을 충족하지 않는지 설명):

2. The appointment of a guardian is needed to make the following decision(s) regarding the alleged disabled person's medical treatment (describe the proposed treatment, including any proposed change to treatment):
소위 장애인의 치료와 관련하여 다음 결정을 내리기 위해 후견인 지정이 필요합니다 (예정된 치료 변경을 포함하여 예정된 치료 설명):

3. If the court does not expedite the hearing, the alleged disabled person's medical circumstances will be harmed in the following way(s):

법원이 심리를 빠르게 완료하지 않으면 소위 장애인의 의학적 상태가 다음 방식으로 위험할 수 있습니다:

4. I made the following efforts to notify interested persons and persons nominated as guardian of the person about this request for an expedited hearing (describe attempts to notify interested persons and person nominated as guardian or their lawyers in-person, by phone, fax, e-mail, or through other means):

본인은 이번 신속 심리 요청과 관련하여 이해관계인 및 본인 후견인으로 지명된 사람에게 통지하기 위해 다음과 같은 노력을 기울였습니다 (직접, 팩스, 이메일 또는 기타 방법을 통해 이해관계인, 후견인으로 지명된 사람 또는 그들의 변호사에게 통지하기 위한 시도에 대해 설명)

5. The alleged disabled person ☐ does ☐ does not have sufficient understanding or capacity to make or communicate a responsible decision to consent to or refuse the proposed medical treatment. Explain:

소위 장애인은 예정된 치료에 동의하거나 거부하겠다는 결정을 내리거나 결정을 전달해야 함을 충분히 이해하고 있거나 그러한 능력을 가지고 있습니다 가지고 있지 않습니다. 설명:

6. Attempts to get consent to the proposed medical treatment through 1) a valid advance directive, 2) a Power of Attorney that authorizes health care decision making, 3) a surrogate decision maker authorized under Health General Article 5-601, *et. seq.*, or 4) any other means were unsuccessful for the following reasons:

1) 유효한 사전 의료 지시서, 2) 의료 결정을 허가하는 위임장, 3) 보건법 일반 조항 5-601 등에 따라 허가된 대리 결정권자 또는 4) 기타 수단을 통해 제안된 치료에 대한 동의를 얻으려는 시도는 다음과 같은 이유로 실패했습니다:

7. The court should be aware of the following other facts:

법원은 다음 사실을 인지해야 합니다:

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

Printed Name
성명(정자체)

City, State, Zip
시, 주, 우편번호

Telephone Number
전화번호

E-mail
이메일

Fax
팩스 번호