

Importante: los formularios se deben completar en inglés.

☐ District Court <i>Tribunal de distrito</i> _____ County, Colorado <i>Condado de</i> , <i>estado de Colorado</i> Court Address: <i>Dirección del tribunal:</i> In the Interest of: <i>Referente al interés del:</i> Ward: <i>Pupilo:</i>	☐ Denver Probate Court <i>Tribunal de sucesiones de Denver</i> _____ County, Colorado <i>Condado de</i> , <i>estado de Colorado</i> ▲ COURT USE ONLY ▲ USO EXCLUSIVO DEL TRIBUNAL
Attorney or Party Without Attorney (Name and Address): <i>Abogado o parte sin abogado (nombre y dirección):</i> Phone number: <i>Número de teléfono:</i> Atty. Reg. #: <i>Núm. de matr. prof.:</i>	Case Number: <i>Número de causa:</i> Division: <i>División:</i> Courtroom: <i>Sala:</i>
GUARDIAN'S REPORT – ADULT INFORME DEL TUTOR DE UN ADULTO	

☐ INITIAL REPORT/CARE PLAN
INFORME INICIAL/PLAN DE CUIDADO

☐ ANNUAL REPORT
INFORME ANUAL

Current Reporting Period From
Periodo actual de presentación
de informe del

(MM/DD/YYYY)
(MM/DD/AAAA)

To _____
Al (MM/DD/YYYY)
(MM/DD/AAAA)

(REPORTING DATES MUST BE FOR THE PAST YEAR AND MAY NOT REPORT INTO THE FUTURE.)
(LAS FECHAS DE PRESENTACIÓN DEL INFORME DEBEN SER DEL AÑO ANTERIOR Y NO FECHAS FUTURAS.)

Instructions to Guardian:
Instrucciones para el tutor:

Colorado law requires that every guardian of an adult complete a Guardian's Report every year. When answering the questions in this report, you are required to provide details. Answers such as "same as last report/year" and "no change since last report" are not acceptable answers. Your report may be rejected with those answers.
La ley de Colorado exige que todo tutor de un adulto complete un Informe del Tutor cada año. Al contestar las preguntas incluidas en este informe, debe proporcionar detalles. Respuestas tales como "lo mismo que el informe del año pasado o que el último informe" y "sin cambio desde el último informe" no son respuestas aceptables. Es posible que se rechace su informe si incluye esas respuestas.

COLORADO LAW REQUIRES THAT ANY GUARDIAN WANTING TO REMOVE THE ADULT FROM THE STATE OF COLORADO MUST OBTAIN COURT PERMISSION. You must file the necessary forms to make this request and obtain Court permission.
LA LEY DE COLORADO EXIGE QUE CUALQUIER TUTOR QUE DESEE SACAR AL ADULTO DEL ESTADO DE COLORADO, DEBERÁ OBTENER PERMISO DEL TRIBUNAL. Debe completar y presentar los formularios necesarios para esta solicitud y obtener permiso del tribunal.

CONTACT INFORMATION
INFORMACIÓN DE CONTACTO

Ward's Information: ☐
Información del pupilo:

Check if Updated Information from last report (Annual Report ONLY)
Seleccione si la información está actualizada en relación con el último informe (SOLO informe anual)

☐ **Check if Residency is Temporary (Care Plan ONLY)**
Seleccione si la residencia es temporal (SOLO plan de cuidado)

Name: _____ **Age:** _____

Nombre: _____ **Edad:** _____

Sex: _____

Género: _____

Street Address: _____

(Include Name of Living Center or Nursing Home)

Dirección:

(Incluir el nombre del centro de asistencia o residencia para ancianos)

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____

Ciudad: _____ *Estado:* _____ *Código postal:* _____

Mailing Address, if different:

Dirección postal, si es diferente: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____

Ciudad: _____ *Estado:* _____ *Código postal:* _____

Primary Phone: _____ **Alternate Phone:** _____

Teléfono principal: _____ *Teléfono alternativo:* _____

Guardian's Information: ☐ **Check if Updated Information from last report**

Información del tutor: ☐ *Seleccione si la información está actualizada en relación con el último informe*

Name: _____ **Age:** _____ **Occupation:** _____

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Ocupación:** _____

_____ **Your Relationship to Ward:** _____

Su relación con el pupilo:

Street Address: _____

Dirección:

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____

Ciudad: _____ *Estado:* _____ *Código postal:* _____

Mailing Address, if different:

Dirección postal, si es diferente: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____

Ciudad: _____ *Estado:* _____ *Código postal:* _____

Primary Phone: _____ **Alternate Phone:** _____

Teléfono principal: _____ *Teléfono alternativo:* _____

Email Address: _____

Correo electrónico:

Have you had any criminal charges filed against you or convictions entered since the last report? ☐ **Yes** ☐ **No**

¿Se han presentado cargos penales en su contra o tiene fallos condenatorios registrados desde la presentación del último informe? *Sí* *No*

If Yes, explain: _____

De ser así, explique:

Co-Guardian's Information (if applicable): ☐ **Check if updated information from last report**
Información del cotutor (si corresponde): **Seleccione si la información está actualizada en relación con el último informe**

Name: _____ **Age:** _____
Nombre: _____ **Edad:** _____

Occupation: _____ **Your Relationship to Ward:** _____
Ocupación: _____ **Su relación con el pupilo:** _____

Street Address: _____
Dirección: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Mailing Address, if different: _____
Dirección postal, si es diferente: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Primary Phone: _____ **Alternate Phone:** _____
Teléfono principal: _____ **Teléfono alternativo:** _____

Email Address: _____
Correo electrónico: _____

Have you had any criminal charges filed against you or convictions entered since the last report? ☐ Yes ☐ No
¿Se han presentado cargos penales en su contra o tiene fallos condenatorios registrados desde la presentación del último informe? ☐ Sí ☐ No

If Yes, explain: _____
De ser así, explique: _____

I. PLACEMENT AND CARE SUPERVISION COLOCACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL CUIDADO

- A.** Who currently supervises the ward's care and treatment on a daily basis?
Actualmente, ¿quién supervisa a diario el cuidado y el tratamiento del pupilo?

Name: _____
Nombre: _____
Primary Phone: _____ **Alternate Phone:** _____
Teléfono principal: _____ **Teléfono alternativo:** _____

- B.** If the ward has moved since the last reporting period, identify the date of the move, address of residence, type of residence and reason for the change.
Si el pupilo se ha mudado desde el último periodo de presentación del informe, proporcione la fecha del cambio, la dirección, el tipo de residencia y el motivo del cambio.

Date of Move Fecha del cambio	Name of Facility and Address Nombre y dirección de la residencia	Type of Residence Tipo de residencia	Reason for Change Motivo del cambio

II. STATUS INFORMATION INFORMACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA TUTELA

Yes No
Sí No

- A.** Do you recommend that the guardianship continue?
¿Recomienda que se continúe con la tutela?

☐ ☐

If **No**, explain:

De **no** ser así, explique: _____

B. Do you recommend any changes to the guardianship? ☐ ☐

¿Recomienda algún cambio a la tutela?

If **Yes**, explain:

De **ser así**, explique: _____

C. Do you wish to remain guardian? ☐ ☐

¿Desea continuar siendo el tutor?

If **No**, explain:

De **no** ser así, explique: _____

Note: If you wish to terminate this guardianship or modify by replacing the current guardian or adding a co-guardian, you must file a separate petition with the Court.

Importante: Si desea dar por terminada esta tutela, modificarla para reemplazar al tutor actual o agregar un cotutor, debe presentar una petición por separado en el tribunal.

III. CURRENT CONDITION OF THE WARD CONDICIÓN ACTUAL DEL PUPILO

Please describe in detail the current **mental** condition of the ward: _____

Describe detalladamente el estado **mental** actual del pupilo: _____

Please describe in detail the current **physical** condition of the ward: _____

Describe detalladamente el **estado físico** actual del pupilo: _____

Please describe in detail the current **social** condition of the ward: _____

Describe detalladamente la condición **social** actual del pupilo: _____

IV. PERSONAL CARE AND OTHER ISSUES CUIDADO PERSONAL Y OTROS ASUNTOS

Yes No
Sí No

A. Has the ward's physical and medical condition (illness/injuries) changed since the last report? If **Yes**, explain:

¿Ha cambiado el estado físico o mental del pupilo (enfermedades o lesiones) desde el último informe? De **ser así**, explique: _____

B. Has the ward been hospitalized since the last report? ☐ ☐

¿Ha estado hospitalizado el pupilo desde el último informe?

If **Yes**, explain:

De ser así, explique: _____

- C. Have there been any medical, social or psychological evaluations of the ward performed? ☐ ☐

¿Se le ha hecho alguna evaluación médica, social o mental al pupilo?

Please explain:

Explique: _____

- D. Is there a need for further medical, social or psychological evaluations of the ward? ☐ ☐

¿Se le tiene que hacer alguna evaluación médica, social o mental adicional al pupilo?

Please explain:

Explique: _____

- E. Describe the medical, educational, vocational and other services provided to the ward.

Describe los servicios médicos, educativos, vocacionales u otros que se le proporcionan al pupilo.

Please describe in detail any **medical** services provided to the ward. If none were provided, state "none".
Describe detalladamente todos los servicios **médicos** que se le proporcionan al pupilo. Si no se proporcionó ninguno, indique "ninguno".

Please list any **medications** provided to the ward. If none were provided, state "none".
Proporcione una lista de todos los **medicamentos** que se le administran al pupilo. Si no se proporcionó ninguno, indique "ninguno".

Please describe in detail any **educational** services provided to the ward. If none were provided, state "none".

Describe detalladamente todos los servicios **educativos** que se le proporcionan al pupilo. Si no se proporcionó ninguno, indique "ninguno".

Please describe in detail any **vocational** services provided to ward. If none were provided, state "none".
Describe detalladamente todos los servicios **vocacionales** que se le proporcionan al pupilo. Si no se proporcionó ninguno, indique "ninguno".

Please describe in detail any **other** services provided to ward. If none were provided, state "none".
Describe detalladamente **otros** servicios que se le proporcionan al pupilo. Si no se proporcionó ninguno, indique "ninguno".

- F. How often do you contact the ward's medical provider?

¿Con qué frecuencia se comunica con el proveedor de servicios de salud del pupilo?

☐Daily ☐Weekly ☐Monthly ☐Other: _____
A diario Semanalmente Mensualmente Otro:

How do you contact the ward's medical provider (phone, email, etc.)?

¿Cómo se comunica con el proveedor de servicios de salud del pupilo (por teléfono, correo electrónico, etc.)? _____

- G. Do you believe the current plan for care, treatment and/or rehabilitation is in the ward's best interest?
¿Considera que el plan de cuidado, el tratamiento o la rehabilitación actuales son la mejor opción para el pupilo?

☐Yes ☐No If No, describe what changes would be appropriate.

Sí No De no ser así, describa cuáles serían los cambios adecuados.

- H. The ward's care and living situation is ☐Very Good ☐Good ☐Adequate ☐Poor
El nivel de cuidado y de vida del pupilo es Muy bueno Bueno Adecuado Deficiente

- I. Describe your plans for the ward's future care, including any recommended changes.
Describa sus planes para el cuidado futuro del pupilo e incluya cualquier cambio que recomienda.

V. VISITATION OF WARD VISITAS AL PUPILO

Colorado law requires that a guardian maintain sufficient contact with the ward.

La ley en Colorado exige que un tutor tenga suficiente contacto con el pupilo.

- A. How often do you visit the ward? ☐Daily ☐Weekly ☐Monthly ☐Other: _____
¿Con qué frecuencia visita al pupilo? A diario Semanalmente Mensualmente Otro:

- B. How often do you contact the ward or the ward's care provider?
¿Con qué frecuencia se comunica con el pupilo o con el proveedor de servicios de salud del pupilo?

☐Daily ☐Weekly ☐Monthly ☐Other: _____
A diario Semanalmente Mensualmente Otro:

- C. When was the last time you saw the ward in person? _____ (date)
¿Cuándo fue la última vez que vio al pupilo en persona? _____ (fecha)

- D. Indicate how long your visits are and summarize your activities with and on behalf of the ward.
Indique cuánto tiempo duran sus visitas y proporcione un resumen de las actividades que realiza con el pupilo y las que realiza a nombre del pupilo.

- E. Does the ward participate in decision-making? ☐Yes ☐No Briefly describe.
¿Participa el pupilo en la toma de decisiones? Sí No Proporcione una breve descripción.

VI. FINANCIAL MATTERS
ASUNTOS FINANCIEROS

Complete this section only if the guardian has custody of funds.
Complete esta sección solamente si el tutor tiene la custodia de los fondos.

- A.** Are there sufficient financial resources to take care of the ward? ☐ **Yes** ☐ **No**
¿Hay suficientes recursos financieros para cuidar del pupilo? **Sí No**
If **No**, what do you believe is the best way to handle this problem?
De no ser así, ¿cuál considera que es la mejor forma de manejar este problema?

- B.** Do you have control of the ward's income? ☐ **Yes** ☐ **No**
¿Está a cargo de los ingresos del pupilo? **Sí No**
If **Yes**, describe:
De ser así describa:

- C.** If applicable, identify the representative payee for Social Security and other income benefits.
Si corresponde, proporcione el nombre de la persona que recibe el pago del seguro social y de otros beneficios relativos a ingresos.
Name: _____ Phone Number: _____
Nombre: Teléfono:

- D.** Have any fees been paid to you in your role as guardian? ☐ **Yes** ☐ **No**
¿Le han pagado honorarios por su rol como tutor? **Sí No**
If **Yes**, describe:
De ser así, describa:

- E.** Have any fees been paid to others for the care of the ward or his/her property? ☐ **Yes** ☐ **No**
¿Se han pagado honorarios a otras personas por el cuidado del pupilo o de su propiedad? **Sí No**
If **Yes**, describe and identify name of person:
De ser así, describa y proporcione el nombre de tales personas:

Please indicate whether you have possession or control of the following:
Indique si tiene la posesión o el control de lo siguiente:

- ☐ **Bank Account(s):** Name of financial institution(s) and last four numbers of account(s):
Cuentas bancarias: Nombre de la institución financiera y los últimos cuatro números de las cuentas:

Estimated Value: _____
Valor estimado: _____

- ☐ **Investment Account(s):** Name of financial institution(s) and last four numbers of account(s):
Cuentas de inversión: Nombre de la institución financiera y los últimos cuatro números de las cuentas: _____

Estimated Value: _____
Valor estimado: _____

- ☐ **Real Estate:** Address: _____
Bienes inmuebles: Dirección: _____

Estimated Value: _____
Valor estimado: _____

- ☐ **Personal Property (i.e. jewelry, collectibles, vehicles...)** Description:
Bienes muebles (es decir, joyería, piezas de colección, vehículos, etc.) Descripción: _____

Estimated Value: _____
Valor estimado: _____

- ☐ **Liabilities/Debts:** Creditor(s): _____
Pasivos/deudas: Acreedores _____

Estimated Amount: _____
Monto del valor estimado: _____

SUMMARY OF FINANCIAL ACTIVITY DURING REPORTING PERIOD RESUMEN DE LA ACTIVIDAD FINANCIERA DURANTE EL PERIODO DE PRESENTACIÓN DEL INFORME		
Beginning balance of bank accounts (savings, checking, etc.) <i>Saldo inicial de las cuentas bancarias (cuentas de ahorros, cuentas corrientes, etc.)</i>	\$	
Plus money received (Social Security, SSI, pension, disability, interest, etc.) from any source on behalf of the ward <i>Más el dinero recibido por parte de cualquier fuente a nombre del pupilo (seguro social, SSI - Seguridad de Ingreso Suplementario; pensión, discapacidad, intereses, etc.)</i>	+\$	
Less total fees to care providers <i>Menos el total de costos pagados a proveedores de salud</i>	-\$	
Less total monies paid to the ward, e.g. personal needs <i>Menos el total de dinero pagado al pupilo, por ej., para necesidades personales</i>	-\$	
Less total fees paid to guardian <i>Menos el total de costos pagados al tutor</i>	-\$	
Less any other expenses, e.g. housing, insurance, maintenance <i>Menos cualquier otro gasto, por ej., vivienda, seguro, manutención</i>	-\$	
Ending balance of bank accounts <i>Saldo final de las cuentas bancarias</i>	\$	

You are required to maintain supporting documentation for all receipts and all disbursements under your control during the duration of this appointment. The Court or any interested persons as identified in the Order Appointing Guardian may request copies at any time.

Se le requiere que guarde la documentación de respaldo de todos los recibos y gastos ocurridos bajo su control durante su nombramiento. El juez o toda persona interesada identificados en la Orden de nombramiento de tutor podrían solicitar copias de tal documentación en cualquier momento.

- ☐ By checking this box, I am acknowledging I am filling in the blanks and not changing anything else on the form.

Al seleccionar esta casilla, reconozco que completé los espacios en blanco y que no hice ningún cambio en este formulario.

☐ By checking this box, I am acknowledging that I have made a change to the original content of this form.

Al seleccionar esta casilla, reconozco que hice cambios al contenido original en este formulario.

VERIFICATION
VERIFICACIÓN

I declare under penalty of perjury under the law of Colorado that the foregoing is true and correct.

Declaro bajo pena de perjurio según la ley de Colorado, que lo anterior es verdadero y correcto.

Executed on the _____ day of _____

(date)

Celebrado el _____ de _____,
(fecha)

(month)

(mes)

(year)

(año)

at

en

(city or other location, and state OR country)

(ciudad u otro lugar y estado O país)

(printed name)

(Nombre en letra de molde)

(Signature of Guardian)

(Firma del tutor)

Attorney Signature, (if any)

Firma del abogado, (si corresponde)

Executed on the _____ day of _____

(date)

Celebrado el _____ de _____,
(fecha)

(month)

(mes)

(year)

(año)

at

en

(city or other location, and state OR country)

(ciudad u otro lugar y estado O país)

(printed name)

(Nombre en letra de molde)

(Signature of Co-Guardian, if any)

(Firma del cotutor, si corresponde)

Date

Fecha

IMPORTANT

**THIS SECTION MUST BE COMPLETED CORRECTLY AND SIGNED
OR THE REPORT MAY BE REJECTED.**

IMPORTANTE:

**ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE DE MANERA CORRECTA Y DEBE INCLUIR LA FIRMA, DE
LO CONTRARIO SE PODRÍA RECHAZAR EL INFORME**

Colorado Law **REQUIRES** that the Guardian's Report be served on the **WARD AND INTERESTED PERSONS** pursuant to Order Appointing Guardian and §15-14-309(4), C.R.S. In the space below, under the Certificate of Service, list the names, addresses, and method of delivery for each party listed on the Order Appointing Guardian and provide each party with a copy of this report.

*La ley de Colorado **EXIGE** que se haga la notificación oficial del Informe del tutor al **PUPILO Y A LAS PARTES INTERESADAS** de conformidad con la Orden de nombramiento del tutor y el artículo 15-14-309(4) de las Leyes Vigentes de Colorado (C.R.S., por sus siglas en inglés). En el espacio a continuación, en la sección de Constancia de notificación, proporcione los nombres, las direcciones y el método de entrega de los documentos de cada una de las partes que aparecen en la Orden de nombramiento de tutor y entregue una copia de este informe a cada una de las partes.*

NOTE: If you wish to change the persons entitled to receive copies of reports or other documents filed, you must file a separate petition with the court.

IMPORTANTE: Si desea cambiar los nombres de las personas que tienen derecho a recibir copias de los informes u otros documentos que se presenten, debe presentar una petición por separado en el tribunal.

CERTIFICATE OF SERVICE
CONSTANCIA DE LA NOTIFICACIÓN OFICIAL

I certify that on _____ (date) a copy of this _____ (name of document) was served as follows on each of the following:
Certifico que el _____ (fecha) se hizo la notificación oficial de una copia de _____ (nombre del documento) a cada una de las siguientes personas:

Name and Address <i>Nombre y dirección</i>	Relationship to Decedent, Ward, or Protected Person <i>Relación con el difunto, pupilo o persona protegida</i>	Manner of Service* <i>Método utilizado para hacer la notificación oficial*</i>

*Insert one of the following: hand delivery, first class mail, certified mail, e-service, or fax.
Indique una de las siguientes opciones: entrega en mano, por correo postal de primera clase o certificado, presentación electrónica o por fax,

Signature
Firma