

## SOLICITUD DE SERVICIOS DE TUTELA

La siguiente lista le ayudará a presentar una aplicación completa de una sola vez servicios legales solicitar que un guardián designado para una persona que puede necesitar a un tutor. Por favor escriba claramente. Aplicaciones ilegibles o incompletas, sin la documentación apropiada, retrasará el procesamiento. Si cualquiera de los documentos requeridos no se aplican a su caso, escribir una carta de explicación. De lo contrario, la solicitud será considerada incompleta. Presentar las solicitudes para:

**Office of Guardianship**  
**625 Silver Avenue, SW, Suite 100**  
**Albuquerque, New Mexico 87102**  
**Teléfono: (505) 841-4519; Fax: (505) 841-4455**

Si un familia miembro o amigo es capaz y dispuesto a servir como tutor, consideran a aplicar para la **Tutela de La Familia** y debe proporcionar la siguiente documentación:

1. INGRESO DE PROPUESTA TUTOR, como la más reciente declaración de impuestos
2. INGRESOS y PÚBLICO BENEFICIOS DE PERSONA NECESITAN UN TUTOR como la más reciente declaración de impuestos, carta de adjudicación del Seguro Social, Medicaid, TANF, confían en ingresos
3. COMPLETAR INFORME DE ATENCIÓN DE LA SALUD PROFESIONAL (formulario adjunto)
4. GOBIERNO PÚBLICO FOTO IDENTIFICACIÓN DE: (color preferido)
  - a. PERSONA QUE NECESITA UN GUARDIÁN, y
  - b. FAMILIA GUARDA
5. TARJETA DE SEGURO SOCIAL (copia)

Si la familia o un amigo no es capaz o dispuesto a servir como tutor, se consideran a la aplicación de la **Tutela Corporativa** y debe proporcionar la siguiente documentación:

1. INGRESOS y PÚBLICO BENEFICIOS DE PERSONA NECESITAN UN TUTOR, como la más reciente declaración de impuestos, Seguridad Social, Medicaid, TANF, confían en ingresos
2. COMPLETAR INFORME DE ATENCIÓN DE LA SALUD PROFESIONAL (formulario adjunto)
3. GOBIERNO PÚBLICO FOTO IDENTIFICACIÓN DE PERSONA NECESITAN UN TUTOR, (color copia preferido)
4. TARJETA DE SEGURO SOCIAL (copia)

Por favor, envíe los siguientes documentos si son pertinentes a su circunstancia:

1. DOCUMENTOS DE LA CORTE CON RESPECTO A LA TUTELA
2. PODER, RESPONSABLE SUSTITUTO, DIRECTIVA DE ATENCIÓN DE LA SALUD
3. CONFIAR EN DOCUMENTOS

Indicar el tipo de tutela solicitada:

**Limitada:** Tutor puede ejercer uno o dos tipos de autoridad específicamente señalado en la orden de.

**Pleno (completo):** Tutor puede tomar decisiones sobre atención médica, decisiones financieras, colocación residencial, seguridad y supervisión de la persona.

**Temporal :** Es nombrado tutor para un máximo de 60 días. Cumplimiento de estándar procedimiento legal resultaría en daños inmediatos e irreparables a la salud física de la persona presuntamente incapacitada si no es designado tutor, antes de la audiencia final.

**Transferencia o sucesor:** Cambio de un tutor a un guardián diferentes.



APPLICATION POR TUTELA

OFFICIAL USE ONLY:  
 CASE ID # \_\_\_\_\_  
 INITIALS OF STAFF REVIEWING: \_\_\_\_\_  
 TOTAL INCOME OF HOUSEHOLD: \$ \_\_\_\_\_  
 FOR YEAR: 20 \_\_\_\_\_ DATE STAMP RECEIVED \_\_\_\_\_

**MARQUE UNA DE LAS OPCIONES:**  
 DE LA EMPRESA (COMPANIA)     -O-     LA FAMILIA APLICACION

SOLICITUD DE:  
 SESIÓN PLENARIA     TEMPORAL  
 LIMITADA     TRANSFERENCIA/SUCESOR

**INFORMACION DE PERSONA QUE HACE LA SOLICITUD**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION: \_\_\_\_\_  
 ORGANIZACION: \_\_\_\_\_  
 CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ CUIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_  
 TEL. CASA: \_\_\_\_\_ TEL. TRABAJO: \_\_\_\_\_ EXT. \_\_\_\_\_  
 CELULAR: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ IDIOMA: \_\_\_\_\_  
**INFORMACION DE LA PERSONA QUE NECESITA TUTOR**  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ M.I.: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION(donde esta vive actualmente): \_\_\_\_\_  
 DIRECCION POSTAL: \_\_\_\_\_ CUIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_  
 TEL.(donde vive esta persona): \_\_\_\_\_  
 NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 HOMBRE     MUJER    IDIOMA: \_\_\_\_\_ ETNICO:(opcional) \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ CASADO/A    DIVORCIADO/A    SOLTERO/A  
 HIJOS:    SI    -O-    NO     AMERICANO NATIVO:    EN UNA RESERVA INDIGENA    -O- FUERA DE RESERVA INDIGENA  
 MIEMBRO DE JACKSON CLASS:    SI    -O-    NO    PARTE DEL ACUERDO FOLEY:    SI    -O-    NO    VETERANO:    SI    -O-    NO



**BENEFICIOS QUE RECIBE LA PERSONA QUE NECESITA TUTOR**

ESTA PERSONA RECIBE:	SI	-O-	NO	QUE RECIBE Y CUANTO RECIBE:
<input type="checkbox"/> RETIREMENT				\$
<input type="checkbox"/> VA				\$
<input type="checkbox"/> PENSION				\$
<input type="checkbox"/> FINANZAS				\$
<input type="checkbox"/> TRABAJO				\$
ESTA PERSONA RECIBE ASISTENCIA PUBLICA:	SI	-O-	NO	QUE RECIBE Y CUANTO RECIBE:
<input type="checkbox"/> ASISTENCIA GENERAL				\$
<input type="checkbox"/> TANF				\$
<input type="checkbox"/> SNAP BENEFITS (Estampillas para alimentos)				\$
<input type="checkbox"/> MANUTENCION DE MENORES				\$
<input type="checkbox"/> LIHEAP				\$
<input type="checkbox"/> AYUDA DEL ALOJAMIENTO				\$
ESTA PERSONA TIENE UN REPRESENTANTE DE BENEFICIARIO:	SI	-O-	NO	SI, ESCRIBE AQUI:
NOMBRE:	APELLIDO:			
COMPANIA:				
DIRECCION:				
CODIGO POSTAL:	CUIDAD:	ESTADO:		
TELEFONO:	FAX:			
INDIQUE SI NECESITARA AYUDA CON LOS FINANZAS: SI -O- NO				
TIENE ESTA PERSONA UNA CUENTA BANCARIA: SI -O- NO SI, CUAL ES EL NOMBRE DEL BANCO(S):				
NOMBRE DE BANCO(S):				
NOMBRE DE BANCO(S):				
ESTA PERSONA TIENE SEGURO: SI -O- NO SI, CUAL TIPO:				
<input type="checkbox"/> MEDICARE	<input type="checkbox"/> PRESBYTERIAN			
<input type="checkbox"/> MEDICAID	<input type="checkbox"/> SALUDI			
<input type="checkbox"/> DD WAIVER	<input type="checkbox"/> LOVELESS			
<input type="checkbox"/> MI VIA WAIVER	<input type="checkbox"/> FAMILY PLANNING FOR MEN/WOMEN			
<input type="checkbox"/> INSTITUTIONAL MEDICAID	<input type="checkbox"/> JUL MEDICAID			
<input type="checkbox"/> SLMB	<input type="checkbox"/> BLUE CROSS/BLUE SHEILD			
<input type="checkbox"/> QMB/QI/WDI	<input type="checkbox"/> PRIVATE HEALTH COVERAGE			
<input type="checkbox"/> EVERCARE	<input type="checkbox"/> ESTADO DE LA EXENCION (DD WAIVER)			
<input type="checkbox"/> ICF/MR	<input type="checkbox"/> OTRA DESCRIBE:			

**DESCRIBA DEBAJO INFORMACION QUE NECESITA UN TUTOR ESTABLECIMIENTO/RESIDENCIA DESCRIBA LOS ARREGLOS EN CUANTO A LA VIVIENDA DE LA PERSONA.**

**ESTRUCTURA DE APOYO EXPLIQUE QUIEN ESTA AYUDANDO A LA PERSONA:** SI -O- NO SI, QUIEN ESCRIBE DEBAJO:

**QUE ALTERNATIVAS A LA TUTELA YA SE HAN CONSIDERADO:** SI -O- NO SI, POR FAVOR ADJUNTO COPIA:

**AMENAZA A LA SEGURIDAD** SI -O- NO SI, QUIEN ESCRIBE DEBAJO:  
**ES LA PERSONA UNA AMENAZA PARA SI MISMA O PARA LOS DEMAS O EN PELIGRO DE CAUSAR DANO CONSIDERABLE:**

**OTROS REPRESENTANTES CONOCIDOS LA PERSONA QUE NECESITA TUTOR**

TUTORES PARA TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL, ADMINISTRADORES DE CASE, ECT. (FAMILIA TAMBIEN)

<b>NOMBRE:</b>	<b>APELLIDO:</b>	<b>RELACION:</b>
<b>DIRECCION:</b>		
<b>CODIGO POSTAL:</b>	<b>CIUDAD:</b>	<b>ESTADO:</b>
<b>TELEFONO:</b>	<b>FAX:</b>	
<b>NOMBRE:</b>	<b>APELLIDO:</b>	<b>RELACION:</b>
<b>DIRECCION:</b>		
<b>CODIGO POSTAL:</b>	<b>CIUDAD:</b>	<b>ESTADO:</b>
<b>TELEFONO:</b>	<b>FAX:</b>	
<b>NOMBRE:</b>	<b>APELLIDO:</b>	<b>RELACION:</b>
<b>DIRECCION:</b>		
<b>CODIGO POSTAL:</b>	<b>CIUDAD:</b>	<b>ESTADO:</b>
<b>TELEFONO:</b>	<b>FAX:</b>	

<b>INFORMACION NECESARIO SOLO SI EL TUTOR PESTO ES DE FAMILIA O AMIGO/A</b>	
NOMBRE:	RELACION:
NOMBRE OTRA QUE USE:	APELLIDO:
DIRECCION:	
CODIGO POSTAL:	CUIDAD:
TEL. CASA:	TEL. TRABAJO:
CELULAR:	FAX:
¿HACEN SER ALGUNA VEZ LO CONDENARON POR UN DELITO GRAVE (FELONIA)?:	ESTADO:
¿HACEN SER ALGUNA VEZ LE HAN INFORMADO A LOS NIÑOS, LOS JÓVENES Y LAS FAMILIAS AGENCIA?:	EXT. IDIOMA:
¿HACEN SER ALGUNA VEZ HIZO UN INFORME A LA AGENCIA DEL SERVICIO PROTECTORA ADULTA?:	SI -O- NO

<b>BENEFICIO DE TODO EN FAMILIA ADJUNTO VERIFICACIONES POR FAVOR</b>	
ESTA FAMILIA RECIBA: SI -O- NO	QUE RECIBE Y CUANTO RECIBE:
<input type="radio"/> SSA (SOCIAL)	\$
<input type="radio"/> SSI (SOCIAL)	\$
<input type="radio"/> SSDI (SOCIAL)	\$
<input type="radio"/> SSA & SSI (SOCIAL)	\$
<input type="radio"/> FINANZAS	\$
<input type="radio"/> OTRO	\$
<input type="radio"/> RETIREMENT	\$
<input type="radio"/> VA	\$
<input type="radio"/> PENSION	\$
<input type="radio"/> TRABAJO	\$
IMPUESTOS DECLARADOS MAS RECIENTEMENTE: SI -O- NO	
CUANTO PERSONAS USEN EN IMPUESTOS DECLARADOS:	
ESTA FAMILIA RECIBE: SI -O- NO	QUE RECIBE Y CUANTO RECIBE:
<input type="radio"/> ASISTENCIA GENERAL	\$
<input type="radio"/> TANF	\$
<input type="radio"/> SNAP BENEFITS (Estampillas prar alimentos)	\$
<input type="radio"/> MANUTENCION DE MENORES	\$
<input type="radio"/> LIHEAP	\$
<input type="radio"/> AYUDA DEL ALOJAMIENTO	\$





STATE OF NEW MEXICO  
COUNTY OF \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ JUDICIAL DISTRICT

IN THE MATTER OF THE ADULT GUARDIANSHIP  
PROCEEDING FOR \_\_\_\_\_, PQ \_\_\_\_\_  
A Person in Need of Protection.

**REPORT OF HEALTH CARE PROFESSIONAL**

**Background: (PLEASE PRINT CLEARLY)**

I

I, \_\_\_\_\_ (Print name and title), am  
duly authorized and licensed in the State of New Mexico as a \_\_\_ physician \_\_\_ psychologist \_\_\_ PA  
\_\_\_ nurse practitioner (or) \_\_\_ other health care practitioner.

II

I \_\_\_\_\_ am willing to be appointed by the Court to serve as the Qualified  
Healthcare Professional pursuant to the New Mexico Uniform Probate Code, NMSA 1978, § 45-  
5-303(D):

The person **alleged to be incapacitated** shall be examined by a qualified health care  
professional appointed by the court who shall submit a report in writing to the court. The  
report shall:

- (1) describe the nature and degree of the alleged incapacitated person's incapacity, if any,  
and the level of the respondent's intellectual, developmental and social functioning; and
- (2) contain observations, with supporting data, regarding the alleged incapacitated  
person's ability to make health care decisions and manage the activities of daily living.

NMSA 1978, § 45-5-303(U):

"qualified health care professional" means a physician, psychologist, physician assistant,  
nurse practitioner or other health care practitioner whose training and expertise aid in the  
assessment of functional impairment.

III

My training and expertise aids in the assessment of functional impairment/capacity.

IV

For the purpose of this evaluation, pursuant to the New Mexico Uniform Probate Code,  
NMSA 1978, §§ 45-5-101(F)–(H) the following definition applies:

(F) An "incapacitated person" means "any person who demonstrates over time either partial  
or complete functional impairment by reason of mental illness, mental deficiency, physical illness or  
disability, chronic use of drugs, chronic intoxication or other cause, except minority, to the extent

that" one "is unable to manage" one's "personal affairs", one's "estate" or one's "financial affairs or both."

(G) "inability to manage the person's personal care" means the inability, as evidenced by recent behavior, to meet one's needs for medical care, nutrition, clothing, shelter, hygiene or safety so that physical injury, illness or disease has occurred or is likely to occur in the near future;

(H) "inability to manage the person's estate or financial affairs or both" means gross mismanagement, as evidenced by recent behavior, of one's income and resources or medical inability to manage one's income and resources that has led or is likely in the near future to lead to financial vulnerability.

V

The alleged incapacitated person's name is \_\_\_\_\_ is age \_\_\_\_\_, (DOB \_\_\_\_\_).

VI

I \_\_\_\_\_ examined/ evaluated \_\_\_\_\_, on \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, and have submitted this report pursuant to NMSA 1978 § 45-5-303(D) and § 45-5-407(C).

Complete if applicable:

\_\_\_\_\_ has been my patient and under my care for a period of \_\_\_\_\_ beginning on or about \_\_\_\_\_.

**Physical Status**

VII

The following are my observations regarding \_\_\_\_\_'s ability to do the below activities:

	(without assistance (w/o A) with limited assistance (w/ A)		needs total assistance (TA) unknown (UNK)	
	w/o A	w/ A	TA	UNK
manage the activities of daily living				
eating				
meal preparation				
dressing/undressing				
oral care				
toileting				
bathing				
ambulating				
housework				
driving				
shopping				
Additional Comments:				

Cognitive Status

VIII

My examination/evaluation of \_\_\_\_\_, included the following diagnostic procedures: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IX

The examination of \_\_\_\_\_ and the review of medical and behavioral health records were sufficient to allow me to make a determination of his/her mental capacity and the level of his/her developmental and social functioning.

X

The specific physical, psychiatric or psychological diagnosis(es) of \_\_\_\_\_ is (are) as follows (please note any current alcohol or drug use):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

XI

\_\_\_\_\_’s physical condition \_\_\_ does \_\_\_ does not affect his/her ability to make or communicate responsible decisions.

XII

\_\_\_\_\_’s mental condition \_\_\_ does \_\_\_ does not affect his/her ability to make or communicate responsible decisions.

XIII

The following are my observations regarding \_\_\_\_\_’s ability to do the following:

(circle the correct one)

\_\_\_\_\_ can / cannot make **informed** mental health care decisions.

\_\_\_\_\_ can / cannot make **informed** general health care decisions.

Why? \_\_\_\_\_

The following are my observations regarding \_\_\_\_\_’s ability to do the below tasks:

(without assistance (w/o A)    with limited assistance (w/ A)    needs full assistance (FA)    unknown (UNK)				
	w/o A	w/ A	FA	UNK
Determine appropriate living arrangements				
take medication as prescribed				
communicate				
behave safely				
access emergency response				
manage estate/financial matters, and				
manage other personal matters:				
Additional Comments:				

XIV

BASED ON THE ABOVE INFORMATION AND THE DEFINITION OF INCAPACITY AS OUTLINED IN PARAGRAPH III.

IT IS MY OPINION THAT THE PROPOSED PROTECTED PERSON

(check only those that apply):

- is substantially unable to provide food, clothing or shelter for himself/herself;
- is substantially unable to care for his/her own physical health;
- is substantially unable to manage his/her own financial affairs.

XIV

IT IS MY OPINION THAT THE PROPOSED PROTECTED PERSON IS (check one):

- Not incapacitated.**  
It is my opinion my opinion that the proposed protected person is not incapacitated, and the proposed protected person is able to make reasonable arrangements for his/her care and safety as well as for his/her personal and financial matters.
- Partially incapacitated.**  
It is my opinion that the proposed protected person is partially incapacitated. A guardian should be appointed and granted the powers necessary to make decisions for the proposed protected person concerning the matters that require assistance under paragraph XIII above.
- Totally incapacitated.**  
It is my opinion that the proposed protected person is totally incapacitated. A guardian should be appointed and granted powers necessary to make decisions for the proposed protected person concerning all, but not limited to, the matters listed under paragraph XIII above.

XV

My medical opinions and recommendations are supported by observation, medical records  
and reports.

     **I have attached additional information that might assist the Court in resolving the issue  
of capacity of the proposed protected person. (Cross out these lines if inapplicable.)**

Respectfully submitted by: **PRINT CLEARLY**

\_\_\_\_\_  
Print Name and Credentials Clearly

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date Signed

\_\_\_\_\_  
Print Medical Facility Clearly

\_\_\_\_\_  
Print Address Clearly

\_\_\_\_\_  
Print Phone Number Clearly