

### SOLICITUD DE SERVICIOS DE LA OFICINA DE TUTELA

La siguiente lista de verificación le ayudará a presentar la solicitud adjunta para los servicios de tutela. Debe proporcionar información de contacto precisa. Si ocurre algún cambio después de enviar la solicitud, comuníquese con nuestra oficina. No hacerlo puede causar el cierre de su solicitud. **La persona que necesita los servicios DEBE SER MAYOR de 18 años.**

**Favor de escribir claramente. Las solicitudes ilegibles o incompletas retrasarán el procesamiento.**

Si tiene preguntas o necesita ayuda, por favor llame al (505)841-4519.

Las solicitudes pueden presentarse en persona o enviarse a través de:

**Correo electrónico:** DDPCOOG.Intake@state.nm.us

**Fax:** (505) 841-4455

**Correo U.S.:**

DDPC-Office of Guardianship  
Attn: Intake Coordinator  
625 Silver Avenue SW, Suite 100  
Albuquerque, NM 87102

---

#### LISTA DE COSAS NECESARIAS DE LA PERSONA QUE PUEDE NECESITAR UN TUTOR

(1) Identificación

Identificación emitida por el gobierno

Tarjeta de seguro social/ tarjeta de identificación de contribuyente individual

(2) Documentación financiera (si es necesaria)

Declaración actual de impuestos federales

Pensión

Información de fideicomiso

Ingresos del seguro social

Compensación por desempleo

Manutención de menores

Cupones para alimentos

Otro: \_\_\_\_\_

(3) Documentación legal (si es necesaria)

Poder legal

Directiva de asistencia medica

Sustituto responsable por toma de decisiones

N/A

(4) Informe del profesional de la salud (formulario adjunto)

---

#### LISTA DE COSAS NECESARIAS SI USTED ES UN AMIGO O FAMILIAR ESTÁ SOLICITANDO LA TUTELA

Si un amigo o familiar esta dispuesto a convertirse en tutor, esa persona se considera solicitante de la tutela familiar y **debe proporcionar** información financiera para determinar elegibilidad.

(1) Identificación

Identificación emitida por el gobierno

(2) Documentación financiera (si es necesaria)

Declaración actual de impuestos federales

Pensión

Información de fideicomiso

Ingresos del seguro social

Compensación por desempleo

Manutención de menores

Cupones para alimentos

Otro: \_\_\_\_\_

---

#### LISTA DE COSAS NECESARIAS SI EXISTE UNA TUTELA Y USTED ESTÁ SOLICITANDO UN CAMBIO DE ESTA

Si la solicitud de servicios es para el nombramiento de un tutor sucesor, extinción de la tutela o revisión del alcance de la autoridad del tutor, se deberá presentar la siguiente documentación:

(1) Documentos legales de tutela

Orden de tutela

Cartas de tutela

Informe anual del tutor de los últimos dos años



**Existen muchas alternativas a la tutela. ¿Qué alternativas se han intentado o considerado?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Poder legal                            | <input type="checkbox"/> Poder legal médico                      | <input type="checkbox"/> Poder legal financiero         |
| <input type="checkbox"/> Tutor del tratamiento                  | <input type="checkbox"/> Directiva anticipada de atención médica | <input type="checkbox"/> Representante del beneficiario |
| <input type="checkbox"/> Sustituto para tomar decisiones        | <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo residenciales        | <input type="checkbox"/> Fiduciario/administrador       |
| <input type="checkbox"/> Coordinador de cuidado/gestión de caso | <input type="checkbox"/> Otro: _____                             |   |

Por favor visite [www.nmddpc.com/guardianship\\_program](http://www.nmddpc.com/guardianship_program) para aprender sobre alternativas a la tutela.  
**¿Por qué estas alternativas no funcionaron o no se intentaron?**

---

---

---

---

---

**INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE PUEDE NECESITAR UN TUTOR**

Nombre legal: \_\_\_\_\_  
*Nombre Segundo nombre Apellido*

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Código postal*

Dirección de correo: \_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Código postal*

\_\_\_\_\_  
*Números de teléfono de casa y celular)*

**Arreglos de vivienda actuales:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vive solo                            | <input type="checkbox"/> Internado/residencia grupal | <input type="checkbox"/> Proveedor de vivienda asistida |
| <input type="checkbox"/> Vive con familia/apoyo               | <input type="checkbox"/> Hospitalizado               | <input type="checkbox"/> Proveedor de vivienda familiar |
| <input type="checkbox"/> En una reservación/territorio tribal | <input type="checkbox"/> En una instalación          | <input type="checkbox"/> Otro: _____                    |
| <input type="checkbox"/> Es indigente/sin hogar               | <input type="checkbox"/> Encarcelado                 |   |

**Si la persona se encuentra actualmente en un hospital/instalación o esta encarcelada, llene la siguiente información:**

\_\_\_\_\_  
*Persona por contactar con su título o puesto*

\_\_\_\_\_  
*Número de teléfono y correo electrónico de la persona a contactar*

Estatus Marital     Solero     Casado     Pareja     Divorciado     Viudo

Género: \_\_\_\_\_ Pronombres de preferencia: \_\_\_\_\_ Identidad étnica: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_ ¿Se necesitan servicios de interpretación?     Si     No



**ELEGIBILIDAD DE INGRESOS E INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA PERSONA  
QUE PUEDE NECESITAR UN TUTOR**

Fuente(s) Financiera(s)	Cantidad Mensual	Fuente(s) Financiera(s)	Cantidad Mensual
<input type="checkbox"/> Jubilación/Pensión	\$ _____	<input type="checkbox"/> Fideicomiso	\$ _____
<input type="checkbox"/> SSDI	\$ _____	<input type="checkbox"/> Salario	\$ _____
<input type="checkbox"/> SSI	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otro ingreso	\$ _____

El total de ingresos mensuales de todas las fuentes (proporcionar documentación): \$ \_\_\_\_\_

¿La persona tiene una cuenta bancaria?  Sí  No

¿La persona es propietaria de bienes inmuebles?  Sí  No

Si marcó "sí," proporcione la dirección completa de la propiedad:

¿Reside la persona en la propiedad mencionada anteriormente?  Sí  No

**BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL**

¿La persona tiene un representante designado por la administración del seguro social?

Sí  No

\_\_\_\_\_ *Agencia o persona nombrada como representante beneficiario*

Si marcó "sí," Dirección de correo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Ciudad* *Estado* *Código postal*

\_\_\_\_\_ *Número de teléfono* *Dirección de correo electrónico*

**BENEFICIOS PARA VETERANOS**

Si la persona recibe beneficios para veteranos, ¿tiene la persona un fiduciario designado por el Departamento Federal de Asuntos de Veteranos??

Sí  No

\_\_\_\_\_ *Agencia o persona nombrada como fiduciario*

Si marcó "sí," Dirección de correo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Ciudad* *Estado* *Código postal*

\_\_\_\_\_ *Número de teléfono* *Dirección de correo electrónico*

**FIDEICOMISO**

¿La persona tiene un fideicomiso con un fideicomisario?

No  Sí

\_\_\_\_\_ *Agencia o persona nombrada como fiduciario*

Si marcó "sí," Dirección de correo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Ciudad* *Estado* *Código postal*

\_\_\_\_\_ *Número de teléfono* *Dirección de correo electrónico*

# LA LEY DE NUEVO MÉXICO REQUIERE QUE CIERTAS PERSONAS SEAN NOTIFICADAS EN CASOS DE TUTELA EN UN TRIBUNAL

## Los padres de la persona

Ambos padres (ya sea biológicos o adoptivos) deben identificarse. Por favor notifique si alguno de los padres es difunto.

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Código postal*

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Código postal*

**¿Tiene la persona un cónyuge u otro adulto con quien ha demostrado un compromiso similar al de un matrimonio?**

No  Sí

\_\_\_\_\_  
*Nombre del/la esposo/a o pareja*

Si marcó "sí," Dirección de correo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Código postal*

\_\_\_\_\_  
*Número de teléfono Dirección de correo electrónico*

**¿La persona tiene hermanos o hermanas con vida mayores de 18 años? (debe incluir a todos los adultos con relación de sangre, hermanos, incluso si la persona ya no interactúa con ellos)**

No  Sí Si marcó sí, cuantos son? \_\_\_\_\_

Escriba los nombres, números de teléfono y direcciones de correo de cada hermano adulto. Si hay más de dos, DEBE adjuntar una hoja separada con sus nombres, números de teléfono y direcciones de correo.

Hermano/a #1 Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Código postal*

Hermano/a #2 Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Código postal*

**¿La persona tiene hijos o hijastros adultos?**

Escriba los nombres, números de teléfono y direcciones de correo de cada hijo adulto. Si hay más de dos, DEBE adjuntar una hoja separada con sus nombres, números de teléfono y direcciones de correo.

Hijo/a #1 Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

*Ciudad*

*Estado*

*Código postal*

Hijo/a #2 Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

*Ciudad*

*Estado*

*Código postal*

**Si no hay padres vivos, hijos o hermanos adultos, proporcione el pariente de sangre más cercano que pueda encontrar:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

**¿Se sabe de alguien quien haya asistido rutinariamente a la persona con la toma de decisiones en los últimos seis meses?**

No

Sí

\_\_\_\_\_

*Nombre de la persona de apoyo*

Si marcó "sí," Dirección de correo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Ciudad*

*Estado*

*Código postal*

\_\_\_\_\_

*Número de teléfono*

\_\_\_\_\_

*Dirección de correo*

Con mi firma a continuación, reconozco que he respondido con la verdad conforme mis habilidades. Entiendo que la oficina de tutela se reserva el derecho de otorgar servicios basados en los fondos financieros y los recursos disponibles.

**Nombre impreso:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**COMPLETE ESTA SECCION SI ESTÁ SOLICITANDO QUE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA, AMIGO O USTED MISMO SEA DESIGNADO COMO TUTOR**

(omita esta sección si solicita un tutor profesional)

**INFORMACIÓN DEL TUTOR PROPUESTO:**

Nombre legal: \_\_\_\_\_  
*Nombre Segundo nombre Apellido*

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Código postal*

Dirección de correo: \_\_\_\_\_  
*(Solo si es diferente de la anterior)*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Código postal*

\_\_\_\_\_  
*Números de teléfono Dirección de correo electrónico*

\_\_\_\_\_  
*Relación con la persona Idioma principal del tutor propuesto*

**ELAGIBILIDAD DE INGRESOS DEL PROPUESTO TUTOR SIN PROFESIÓN**

La ley de Nuevo México requiere que cualquier persona no profesional, tutor sin certificación sea elegible financieramente para los servicios de la oficina de tutela.

**¿Cuántas personas viven en la casa del tutor propuesto?** \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el ingreso total mensual del hogar?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Con mi firma a continuación, reconozco que he respondido con la verdad conforme mis habilidades. Entiendo que la oficina de tutela se reserva el derecho de otorgar servicios basados en los fondos financieros y los recursos disponibles.

**Nombre impreso:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# PARTE II

## DOCUMENTACIÓN MÉDICA

PROPORCIONE LA  
SIGUIENTE SECCIÓN  
AL PROVEEDOR  
MÉDICO PARA  
COMPLETAR