DDPC DEVELOPMENTAL DISABILITIES

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) 841-4590

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 PUBLICÓ 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 PUBLICÓ 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.

NEW MEXICO DEVELOPMENTAL DISABILITIES PLANNING COUNCIL

APLICATION 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.:**
DIRECCCION(donde esta vive actualmente):		
DIRECCION POSTAL:		
CODIGO 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	**SI AMERICANO NATIVO:** EN UNA RESERVA INDIGENA -O- FUERA DE RESERVA INDIGENA	
MEIMBRI DE JACKSON CLASS: SI -o- NO	**PARTE DEL ACUERDO FOLEY:** SI -O- NO	**VETERANO:** SI -O- NO

SI SE ENCUENTRA EN UNA INSTITUCION O TRATAMIENTO
ES NECESARIO UN PLAN: SI -O- NO
INDIQUE SI HAY PLAN PARA DARLE EL ALTA: SI -O- NO
FECHA DE ALTA: / /
SI ALTA, DEJAR SIN HOGAR: SI -O- NO

POR FAVOR, ESCRIBE ABAJO, NO USAR CODIGOS MEDICOS O NO ESCRIBE "VER ADJUNTO"
INDIQUE CUAL ES EL IMPEDIMENTO MENTAL/COGNITIVO DE LA PERSONA:
FECHA DE LA ULTIMA EVALUACION PSIQUIATRICA: / /
ESTABLECMIENTO/S DONDE VIVO ANTES: SI -O- NO (que si, completar en otra papel)

INFORMACION DEL MEDICO DE ATENCION PRIMERA		
NOMBRE:	**APELLIDO:**	
COMPANIA:		
DIRECCION:		
CODIGO POSTAL:	**CUIDAD:**	**ESTADO:**
TELEFONO:	**FAX:**	

BENEFICIOS QUE RECIBE LA PERSONA QUE NECESITA TUTOR		
ESTA PERSONA RECIBE: SI -O- NO	QUE RECIBE Y CUANTO RECIBE:	
○ **SSA**	**$**	
○ **SSI**	**$**	
○ **SSDI**	**$**	
○ **SSA & SSI**	**$**	

BENEFICIOS QUE RECIBE LA PERSONA QUE NECESITA TUTOR		
ESTA PERSONA RECIBE: SI -O- NO	QUE RECIBE Y CUANTO RECIBE:	
⬭ RETIREMENT	$	
⬭ VA	$	
⬭ PENSION	$	
⬭ FINANZAS	$	
⬭ TRABAJO	$	
ESTA PERSONA RECIBE ASISTENCIA PUBLICIA: SI -O- NO	QUE RECIBE Y CUANTO RECIBE:	
⬭ ASISTENCIA GENERAL	$	
⬭ TANF	$	
⬭ SNAP BENEFITS (Estampillas prar alimentos)	$	
⬭ MANUTENCION DE MENORES	$	
⬭ LIHEAP	$	
⬭ AYUDA DEL ALOJAMIENTO	$	
ESTA PERSONA TIENE UN REPRESENTANTE DE BENFICIARIO: 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, QUAL ES EL NOMBRE DEL BANCO(s):	
NOMBRE DE BANCO(s):		
NOMBRE DE BANCO(s):		
ESTA PERSONA TIENE SEGURO: SI -O- NO	SI, QUAL TIPO:	
⬭ MEDICARE	⬭ PRESBYTERIAN	
⬭ MEDICAID	⬭ SALUD!	
⬭ DD WAIVER	⬭ LOVELESS	
⬭ MI VIA WAIVER	⬭ FAMILY PLANNING FOR MEN/WOMEN	
⬭ INSTITUTIONAL MEDICAID	⬭ JUL MEDICAID	
⬭ SLMB	⬭ BLUE CROSS/BLUE SHEILD	
⬭ QMB/QI/WDI	⬭ PRIVATE HEALTH COVERAGE	
⬭ EVERCARE	⬭ ESTADO DE LA EXENCION (DD WAIVER)	
⬭ ICF/MR	⬭ OTRA DESCRIBE:_____	

DESCRIBA DEBAJO INFORMACION QUE NECESITA UN TUTOR
ESTABLECIMIENTO/RESIDENCIA DESCRIBA LOS ARREGLOS EN CUANDTO 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)			
NOMBRE:	APELLIDO:		RELACION:
DIRECCION:			
CODIGO POSTAL:	CUIDAD:	ESTADO:	
TELEFONO:	FAX:		
NOMBRE:	APELLIDO:		RELACION:
DIRECCION:			
CODIGO POSTAL:	CUIDAD:	ESTADO:	
TELEFONO:	FAX:		
NOMBRE:	APELLIDO:		RELACION:
DIRECCION:			
CODIGO POSTAL:	CUIDAD:	ESTADO:	
TELEFONO:	FAX:		

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

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

SI USTED PIDE UNA TRANSFERENCIA O UN SUCESOR			
TUTOR ACTUAL:			**RELACION:**
DIRECCION:			
COMPANIA:			
CODIGO POSTAL:	**CUIDAD:**		**ESTADO:**
TELEFONO:	**TEL. TRABAJO:**	**EXT.**	
EMAIL:			**FAX:**
CONDADO DONDE SE ARCHIVO LA ORDEN JUDICIAL ORIGINAL:			
SI DISPONDE DE UNA COPIA DE LA ORDEN: SI -O- NO			POR FAVOR ADJUNTO COPIA:
EXPLIQUEPOR QUE ES NECESARIO TRANSFERIR LA TUTELA O NOMBRAR UN SUCESOR:			

El Programa de la Tutela y El NM DDPC respetan usted y su intimidad. Estamos dedicados al cuidado de toda la información recibida o creada confidencial. LA INFORMACION QUE SE SOLICITA ADEMAS DE INGRESOS, SE SOLICITA Y USADA POR EL ADOGADO CONTRATADO PARA CADA CASO ASIGNADO.
He resondido con la verdad, lo mejor que pude. Entiendo que la Oficina de Tutela/Consejo de Planificacion para Discapacidades del Desarrollo de NM podra suspender los servicios por errores de comunicacion u omisiones involuntarios. Entiendo tambien que la Oficina de Tutela/Consejo de Planificacion para Discapacidades del Desarrollo de NM podra pedir el reemolso de gastos por los servicios proporcionados si los errores de comunicacion u omisiones fueran intencionales.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA O MOLDE: _____

FIRMA: _____ **FECHA:**_____ /_____/_____

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 actvities:

(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 arrangments				
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