

Cause No. _____

I the Guardianship of _____ § IN THE COUNTY COURT
_____ § OF
An Incapacitated Person § PALO PINTO COUNTY, TEXAS

GUARDIAN'S INITIAL ANNUAL FINAL
(Periodo inicial) (Anual) (Final)

REPORT ON THE CONDITION AND WELL-BEING OF AW ARD
(INFORME DEL TUTOR CON RESPECTO AL ESTADO Y BIENESTAR DE LA PERSONA INCAPACITADA)

Please fill out this form completely, answering every question, except when directed otherwise.

"Not applicable" is not a proper response and can delay processing and approval.

(Por favor llene por completo este formulario contestando todas las preguntas, excepto cuando se le indique lo contrario. "No aplicable" no es una respuesta adecuada y puede ocasionar que se retrase la aprobacion del informe.)

Check one: **Guardianship of Person Only** **Guardianship of Person and Estate**
(Marque uno) (Tutela de la persona solamente) (Tutela de la persona y su patrimonio)

The period covered by this Report is from L L **to** L L
(El periodo que cubre este Informe es desde) mes dia aiiio a mes dia aiiio

On this day, the Guardian in this matter stated the following under penalty of perjury, declaring that each statement is true and correct.

(En este dia, el Tutor en este asunto declar6 lo siguiente bajo pena de perjurio, declarando que cada dec/aracion es verdadera y correcta.)

1. **WARD:** Name:----- **"Age:"** _____
(Persona incapacitada)(Nombre) (Edad)

Date of Birth: _____ **Phone:** _____
(Fecha de Nacimiento) (Telefono)

Address (no P.O. Box) _____
(Domicilio (no usar apartado postal))

City/State/Zip: _____
(Ciudad/Estado/Codigo postal)

Is this a new address? Yes No
¿Es esta una nueva direccion? (Si) (No)

2. GUARDIAN(S):
(TUTOR(ES))

If co-guardians, both must be listed.
(Si s011 cotutores, ambos deben estar listados.)

Name(s): _____ Age(s): _____
(Nombre(s)) (Edad(es))

Date(s) of Birth: _____ Phone: _____
(Fecha(s) de Nacimiento) (Telefono)

Email address: _____
(Co"eo electronico)

Address (no P.O. Box) _____
(Domicilio (no usar apartado postal))

City/State/Zip: _____
(Ciudad/Estado/Codigo postal)

Is this a new address? Yes No
¿Esta es una nueva direccion? (Si) (No)

Relationship to Ward: _____
(Su relacion con la Persona incapacitada)

During the past reporting year, have you been convicted of a felony or a misdemeanor other than a minor traffic offense?
Durante el periodo que conforma este informe, ¿ha sido usted condenado por un delito mayor o menor que no sea una infraccion de transito menor?

Yes No
(Si) (No)

If YES, explain: _____
Si respondio "si", explique el motivo

If you are a private professional guardian, a guardianship program, or the Department of Aging and Disability Services, have you been the subject of an investigation conducted by the Judicial Branch Certification Commission during the past reporting year?

Si usted es un tutor profesional privado, representante de algun programa de tutela o el Departamento de Servicios para Personas Mayores y Personas con discapacidad, ¿ha sido investigado por la Comision de Certificaciones del Poder Judicial durante el ultimo afio de informe?

YES NO
(Si) (No)

3. If this is your final report, answer the questions in the box below. If **this is not your final report, skip to #4.**

Si este es su informe final, responda las preguntas en el cuadro a continuaci6n. Si este no es su informe final, pase al Num. 4.

FINAL REPORT ONLY

(Solamente para Informe Final)

I am filing a Final Report because (check one):
(*Estoy presentando un informe final porque (marque uno)*):

- I am resigning as Guardian
(*Estoy renunciando como Tutor*)
- the Ward has reached 18 years of age
(*La persona incapacitada cumpli6 18 a,ios de edad*)
- the Ward died
(*La persona incapacitada falleci6*)

- Other (explain) _____
(*Otro (explique)*) _____

A. If you are resigning as guardian, has a successor guardian been identified?
(*Si renuncia como tutor, iSe ha identificado un tutor sucesor?*)

- YES NO
(*Si*) (*No*)

Name of Proposed Successor Guardian: _____
(*Nombre de/ tutor sucesor propuesto*):

Age: _____ Date of Birth: _____ Phone: _____
(*Edad*) (*Fecha de Nacimiento*) (*Telefono*)

Address: _____
(*Domicilio*)

City/State/Zip: _____
(*Ciudad/Estado/C6digo postal*)

B. If because the Ward has reached 18 years of age, attach birth certificate.
(*Si es porque cumpli6 los 18 aflos de edad, adjunte una copia del acta de nacimiento.*)

C. If because the Ward has died, attach death certificate.
(*Si es porque la persona incapacitada fallecio, adjunte el acta de defuncion.*)

4. Do you reside with the Ward? YES NO
i Vive usted con la Persona incapacitada? (*Si*) (*No*)

If the Ward does not live with you, please state the number of times you have visited during the last year:

(*Si la persona incapacitada no vive con usted, indique cutintas veces lo visito el aflo pasado*):

- * If zero visits, please explain: _____
(*Si no hubo visitas, por favor explique*):

5. The Ward's residence is (check one):

La Persona Incapacitada vive en (marque uno):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ward's own home
(Hogar propio de la Persona incapacitada) | <input type="checkbox"/> Foster home
(Hogar de cuidado temporal) |
| <input type="checkbox"/> Guardian's home
(Hogar de/ tutor) | <input type="checkbox"/> Boarding home
(Casa de huéspedes) |
| <input type="checkbox"/> Relative's home (give relative's name) _____
(Hogar de un pariente (indique el nombre de/ pariente)) | |

or in the type of facility checked below:

(o en el tipo de lugar marcado a continuación):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nursing Home
(Casa para convalecientes) | <input type="checkbox"/> Group Home
(Hogar grupal) | <input type="checkbox"/> Hospital/Medical Facility
(Hospital/institución médica) |
| <input type="checkbox"/> State Supported Living Center (State School)
(Centro residencial estatal) | <input type="checkbox"/> Other
(Otro) | |

Please provide the NAME of the facility: _____

(Proporcione el NOMBRE de/ lugar)

6. How long has the Ward lived at this address? _____

(¿Cuanto tiempo ha vivido la Persona incapacitada en este domicilio?)

Any change in residence in the past year? YES NO
(¿Hubo algún cambio de domicilio en el último año?) (Si) (No)

If YES, explain: _____

(Si la respuesta es si, explique)

7. All guardians **must** report on the amount and source of the Ward's income, regardless of whether the income comes to someone other than the guardian (such as the Ward's residence). Note that Social Security benefits are considered income, but that child support is not.

*(Todos los tutores **deben** informar sobre el monto y la fuente de los ingresos de la Persona incapacitada, independientemente de si el tutor no sea quien recibe los ingresos (por ejemplo, cuando llegan al centro residencial de la Persona incapacitada). Tenga en cuenta que los beneficios de Seguro Social si se consideran ingresos, pero los pagos de manutención de los hijos no se consideran ingresos.)*

A. Source of Ward's income: _____

(Fuente de ingresos de la Persona incapacitada)

B. Annual amount of Ward's income: _____ (monthly x 12)

(Monto anual de los ingresos de la Persona incapacitada) (mensual x 12)

If zero, explain: _____

(Si es cero, explique)

8. In addition to the Guardian of the Person, is there a **Court-appointed** Guardian of the Ward's **estate**?
(Ademas del Tutor de la persona, ¿hay a/gun Tutor para el **patrimonio** de la Persona incapacitada designado por el tribunal?)

YES NO Note: Just because you are the Rep Payee does not mean that there is a
(Si) (No) guardianship of the estate.

(Nota: El hecho de que usted sea el Representante del Beneficiario no significa que haya una tutela def patrimonio.)

Depending on your answer, please answer the questions in only one of the boxes below:
(Dependiendo de su respuesta, responda las preguntas en solo uno de los cuadros a continuacion)

If you answered "NO" to question 8 (Si respondio "NO" a/a pregunta 8)



A. If there is **NOT** a Guardian for the Ward's estate, please answer the following questions and attach additional information as directed:

(Si NO hay un tutor def patrimonio de la Persona incapacitada, responda las siguientes preguntas y adjunte informacion adicional como se indica)

(1) Has a Court Order directed you to manage any funds of the Ward **other than Social Security funds**?

(¿Le ha sido ordenado por medio de a/gun mandato judicial que usted administre fondos de la Persona incapacitada **que no sean fondos del Seguro Social**?)

YES NO
(Si) (No)

† If yes, you **MUST** report on your management of those funds by attaching an income and expenses worksheet to this Annual Report.

(En caso afirmativo, usted **DEBE** informar sobre la administracion de estos fondos adjuntando una hoja de trabajo de ingresos y gastos a este Informe Anual.

(2) Are you the **representative payee** of the Ward's Supplemental Security Income (SSI) or Social Security Retirement Benefits?

(¿Es usted **el representante del beneficiario** de los Beneficios de/ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o def Beneficio por Jubilacion def Seguro Social de la Persona incapacitada?)

YES NO
(Si) (No)

If NO, provide name of representative payee: _____
(Si NO, proporcione el nombre def representante def beneficiario)

If you answered "YES" to question 8

(Si respondio "SI" a la pregunta 8)

B. If there IS a Guardian for the Ward's estate, please answer the following two questions:

(Si HAY un tutor del patrimonio de la Persona incapacitada, responda las siguientes dos preguntas:)

(1) Are you the Guardian for the Ward's estate? YES NO
(¿Es usted el tutor de/ patrimonio de la Persona incapacitada?) (Si) (No)

(2) Do you as Guardian of the Person receive an allowance from the Guardian of the Estate?
(¿Usted, como tutor de la persona, recibe alguna asignación por parte de/ tutor de/ patrimonio?)

YES NO
(Si) (No)

If YES, annual amount of allowance received: \$ _____
(En caso afirmativo, cantidad anual de asignación recibida:)

9. **Has the Court approved a formal "Case Management Agreement" for case management services to the Ward?** A Case Management Agreement is a signed contract with a professional case manager *that has been formally approved by the Court.* (This is not the same as a "Care Plan" from a medical provider.)

(¿El Tribunal ha aprobado algún "Oficio para administrar el caso" para los servicios de administración para la Persona incapacitada? Un Oficio para administrar el caso es un contrato firmado con un administrador de casos profesional que ha sido aprobado formalmente por el Tribunal. (Esto no es lo mismo que un "Plan de atención" de un proveedor médico)).

YES NO
(Si) (No)

+ If YES, you MUST attach an updated copy of the case manager's care plan for the Ward for the Court's approval.

(En caso afirmativo, usted DEBE adjuntar una copia actualizada del plan de servicios del administrador de casos para la persona incapacitada para la aprobación del tribunal.)

10. During the past year, the Ward has been treated or evaluated by the following professionals:
(Durante el último año, la persona incapacitada ha sido tratado o evaluado por los siguientes expertos:)

As a Guardian, it is your duty to know this information and to provide the information to the Court even if the Ward's residential facility arranges the services.

(Como Tutor, es su obligación conocer esta información y proporcionarla al Tribunal incluso si el centro residencial de la Persona incapacitada organiza los servicios.)

Physician. Name: _____
(Medico) (Nombre)

Describe: _____
(Describe)

Does the Ward see this doctor on a regular basis? YES NO
(;Este medico atiende a la Persona incapacitada con regularidad?) (Si) (No)

Psychiatrist. Name: _____
(Psiquiatra) (Nombre)

Describe treatment: _____
(Describe el tratamiento)

Social worker or other case worker. Name: _____
(Trabajador social u otro coordinador de servicios) (Nombre)

Describe services: _____
(Describe los servicios)

Dentist. Name: _____
(Dentista) (Nombre)

Describe treatment: _____
(Describe el tratamiento)

Other. Name: _____
(Otro) (Nombre)

Describe treatment/services: _____
(Describe tratamiento o los servicios)

11. The Ward has received or is receiving the following supports and services (check and complete each that apply):

(La persona incapacitada ha recibido o esta recibiendo los siguientes apoyos y servicios (marque y complete cada uno que corresponda)):

Actions you as the Guardian have taken or are taking to encourage the development of the Ward's maximum self-reliance and independence. Describe (include name of provider and location where services are provided):

(Acciones que usted, como tutor, ha tomado o esta tomando para fomentar al maximo el desarrollo de la Persona incapacitada como alguien independiente y autosuficiente. Describa {incluya el nombre def proveedor y el lugar donde se brindan los servicios}):

Local mental health authority or local intellectual and developmental disability authority. (Include name of provider and location where services are provided).
(Autoridad local de salud mental o autoridad local de discapacidad intelectual y del desarrollo. Incluya el nombre def proveedor y la ubicacion donde se brindan los servicios).

Describe (*Describe*): _____

- Supports and services received under Medicaid, including under a Medicaid home and community-based services waiver program authorized under Section 1915(c) of the federal Social Security Act (42 U.S.C. Section 1396n)** (include name of provider and location where services are provided).

(Apoyos y servicios recibidos a través de Medicaid, incluyendo los servicios basados en el hogar y la comunidad recibidos por medio de sus programas de exención autorizado bajo la Sección 1915(c) de la Ley federal del Seguro Social (42 U.S.C. Sección 1396n) (incluya el nombre del proveedor y la ubicación donde se brindan /os servicios)).

Describe (*Describe*): _____

- Informal supports and services** (include name of provider and location where services are provided).

(Apoyos y servicios informales (incluya el nombre del proveedor y el lugar donde se brindan los servicios)).

Describe (*Describe*): _____

12. **The following supports and services were previously offered or provided to the Ward but were not received or have been discontinued** (provide reason the support or service listed was not received or was discontinued):

(A la Persona incapacitada le fueron ofrecidos o recibió los siguientes servicios y apoyos, pero estos fueron suspendidos o no fueron recibidos (indique el motivo por el que no se recibió o se suspendió el apoyo o el servicio enumerado)):

13. As Guardian, it is my opinion that the ward **DOES HAVE** capacity or sufficient capacity with supports and services for (check one): (*Como Tutor, es mi opinión que la Persona incapacitada **Si TIENE** capacidad, o tiene capacidad suficiente con apoyos y servicios, para (marque uno):*

1. complete restoration of the Ward's capacity YES NO
(restauración comp/eta de la capacidad de la persona incapacitada) (Si) (No)

ORCO>

2. modification of the guardianship under Estates Code, Chapter 1202. YES NO
(modificación de la tutela bajo el Código de Bienes, Capítulo 1202). (Si) (No)

If "NO," explain (state the reasons why the Ward **DOES NOT** have the capacity or sufficient capacity with supports and services for complete restoration of the Ward's capacity or modification of the guardianship under Chapter 1202):

(Si la respuesta es "NO", explique (indique las razones por las que la persona incapacitada NO tiene la capacidad, o la capacidad suficiente con apoyos y servicios, para la restauración comp/eta

de la capacidad de la Persona incapacitada o la modificacion de la tutela segun el Capitulo 1202)): _____

14. Social conditions: During the past year the Ward has participated in the following activities:

(Condiciones sociales: Durante el aiiio pasado, la Persona incapacitada ha participado en las siguientes actividades.)

What does the Ward do all day? Note that for each type of activity checked, **you must describe the activities** (e.g., movies, bowling, Special Olympics, church, eating out, etc.). Do not leave blank or simply write the name of the residential facility.

*JQue hace la Persona incapacitada durante el dia? Tenga en cuenta que para cada tipo de actividad marcada, **debe detallar las actividades** (por ejemplo, peliculas, boliche, O/impiadas Especiales, iglesia, salir a comer, etc.). No deje en blanco ni escriba el nombre de! centro residencial sin mas detalles.*

- Recreational (describe): _____
(Actividades recreativas) (describa)
- Educational (describe): _____
(Actividades academicas) (describa)
- Social (describe): _____
(Actividades sociales) (describa)
- Occupational (describe): _____
(Actividades vocacionales) (describa)
- None available.
(Ninguna actividad disponible)
- Refuses or is unable to participate.
{La persona se niega o no puede participar}

15. During the past year, the Ward's mental health has:

(Durante el aiiio pasado, la salud mental de la Persona incapacitada:)

- Remained about the same
(Permanece igual)
- Improved (describe): _____
(Mejor6) (describa)

Deteriorated (describe): _____
(*Empeoró*) (*describa*):

16. As Guardian of the person, I HAVE FILED HAVE NOT FILED for **Emergency Detention of the Ward** pursuant to Texas Health & Safety Code. (Example: A request for emergency hospitalization of the Ward for mental health or safety reasons.) If you HAVE FILED for Emergency Detention, please list the number of times and the dates:

(*Como Tutor de la persona, YO HE SOLICITADO NO HE SOLICITADO la detencion de emergencia de la Persona incapacitada de conformidad con el Codigo de Salud y Seguridad de Texas. (Ejemplo: una solicitud de hospitalizacion de emergencia de la Persona incapacitada por razones de seguridad o salud mental). Si HA SOLICITADO una detencion de emergencia, indique cuantas veces y las fechas*)

17. During the past year, the Ward's physical health has:

(*Durante el ano pasado, la salud fisica de la Persona incapacitada:*)

Remained about the same .
(*Permanece igual*)

Improved (describe): _____
(*Mejóro*) (*describa*)

Deteriorated (describe): _____
(*Empeoró*) (*describa*):

18. As Guardian, I believe the Ward's living arrangements are:

(*Como Tutor, creo que la situacion de la vivienda de la Persona incapacitada es:*)

Excellent Average Below Average
(*Excelente*) (*Promedio*) (*Inferior*)

If below average, explain: _____
(*Si respondio "inferior", explique el motivo:*)

19. As Guardian, I believe that the Ward is:

(*Como Tutor, creo que la Persona incapacitada esta:*)

Happy/Content with living situation
(*Feliz o conforme con la situacion de su vivienda*)

Unhappy with living situation
(*Inconforme con la situacion de su vivienda*)

20. As Guardian, I believe that the Ward (check one) DOES DOES NOT have unmet needs.
(Note: Unmet needs= problems with food, shelter, medical care). If you have indicated that the Ward DOES have unmet needs, please explain:

Como Tutor, creo que la persona incapacitada (marque uno) TIENE NO TIENE necesidades desatendidas. (Nota: las necesidades desatendidas pueden ser faltas de alimentacion, vivienda o atencion medica). Si ha indicado que la persona incapacitada Si tiene necesidades desatendidas, por favor explique:

21. The power authorized by this guardianship should be:
(Los poderes otorgados con la tutela actual deben:)

Unchanged

(Seguir sin cambios) _____

Decreased (explain): _____

(Reducirse (explique)):

Increased (explain): _____

(Ampliarse (explique)):

22. Check each box directly below to affirm that you already have taken care of the specified duty or that you will do so within the time indicated. **These duties are required by Texas law.**

*(Marque cada caso/la que aparece a continuacion para declarar que usted ya cumple con la obligacion especificada o que lo hara dentro de! plazo indicado. **Estas obligaciones son requeridas por las leyes de Texas.**)*

I affirm that I already have done the following or will do so within one week of the date I sign this Report: I have communicated or will communicate to the Ward that (1) I am seeking to continue, modify, or terminate the guardianship, and (2) the Ward has the opportunity to appear before the Court to express the Ward's preferences and concerns regarding whether the guardianship should be continued, modified, or terminated.

(Declaro que he cumplido con lo siguiente o lo hare dentro de una semana a partir de la fecha en que firme este Informe: Yo le he comunicado o le comunicare a la Persona incapacitada que (1) estoy tratando de continuar, modificar o extinguir la tutela y (2) el Persona incapacitada tiene la oportunidad de presentarse ante el Tribunal para expresar sus preferencias o inquietudes con respecto a la continuacion, modificacion o extincion de la tutela.)

I affirm that I will give the Ward a copy of this Annual Report within 30 days of the date I sign this Report.

(Declaro que la Persona incapacitada recibira de mi parte una copia de este Informe anual dentro de 30 dias de la fecha en que yo firme el informe.)

- I affirm that I have registered this guardianship with the Judicial Branch Certification Commission at <https://www.txcourts.gov/ibcc/register-a-guardianship>.

(Declaro que he registrado esta tutela ante la Comisión de Certificaciones del Poder Judicial en <https://www.txcourts.gov/ibcc/register-a-guardianship>.)

23. **Guardian's Bond:** Check the appropriate box below, adding an explanation if required.

(Garantía del tutor: marque la casilla correspondiente a continuación y agregue una explicación si es necesario.)

Note: Even if the Ward's residential facility pays your bond premium for you, it is your responsibility to verify that the bond premium is current and then mark "HAVE PAID." If you are not sure, you can look for a statement that the premium was paid on one of the accountings the facility sends you, or you can call the facility and ask.

(Nota: Incluso si el centro residencial de la persona incapacitada paga la prima de la garantía por usted, es responsabilidad de usted verificar que la prima de la garantía este al día y luego marcar "HE PAGADO". Si no está seguro, puede buscar en las cuentas que le envía el centro una indicación de que la prima se pagó, o puede llamar al centro y preguntar.)

- I **HAVE PAID** the bond premium for the next reporting period.

(HE PAGADO la prima de la garantía para el próximo periodo de informe.)

- I **HAVE NOT PAID** the bond premium for the next reporting period (explain):

(NO HE PAGADO la prima de la garantía para el próximo periodo de informe (explique))

- I have a **CASH BOND** on file with the Court.

(Deposite una GARANTÍA EN EFECTIVO con el Tribunal.)

- HHSC** guardianship.

(tutela de la HHSC.)

24. Please provide any additional information concerning the Ward that you would like to share with the Court:

(Por favor proporcione cualquier información adicional sobre la Persona incapacitada que le gustaría compartir con el tribunal:)

25. Remember to order fresh "Letters of Guardianship."

A. Fill out the request form attached to this Rep011. Letters are not sent automatically; you must complete and submit the following form for the clerk's office to issue Letters.

B. Please note two additional things:

- (1) There may be fees required by the clerk. You can call the clerk's call center to verify: (940) 659-1277.
- (2) If there is also a guardianship of the estate, new Letters cannot be issued until the Annual Account is filed and approved by the Court. Note that an Annual Account cannot be approved by the Court until your attorney has submitted **everything** to the Court, including required back-up documents.

Recuerde pedir "Cartas de tutela" nuevas.

A. Llene el formulario adjunto a este informe. Las cartas no son enviadas automáticamente; usted debe completar y enviar el siguiente formulario para que la oficina de/ secretario expida las cartas.

B. Tenga en cuenta dos cosas adicionales:

- (1) El secretario puede requerir el pago de tarifas. Usted puede llamar al centro de llamadas de/ secretario para verificarlas: (940) 659-1277.*
- (2) Si también hay una tutela del patrimonio, no se pueden emitir nuevas Cartas hasta que el Estado de cuenta de fin de año sea presentado y aprobado por el Tribunal. Tenga en cuenta que el Tribunal no puede aprobar un Estado de cuenta de fin de año hasta que su abogado haya presentado **todo** ante el Tribunal, incluidos los documentos de respaldo requeridos.*

***Print the following page to fill out by hand.
(Imprima la siguiente página para llenar a mano.)***

Print this page to fill out by hand.
(Imprima esta pagina para llenar a mano.)

I, _____, the Guardian of the Person for
(Yo) (Write Name of Guardian of the Person) (Escriba el nombre de/ Tutor de la Persona), (Tutor de la Persona de)

_____, **tn** _____
(Write Name of Ward)(Escriba el nombre de la persona incapacitada (en) (Write Name of County) (Escriba el condado)

County, Texas, declare under penalty of perjury that the foregoing Annual Report is true and correct.
(Condado de Texas, declaro bajo pena de perjurio que el Informe Anual anterior es verdadero y correcto.)

Executed on _____ 7 20 _____
(Firmado este) (mes, dia) (año)

Signature of Guardian
(Firma de/ Tutor)

If this Report is for Co-Guardians, also complete the following:
(Si este informe es para cotutores, tambien llene lo siguiente:)

I, _____, the Guardian of the Person for
(Yo) (Write Name of Guardian of the Person) (Escriba el nombre de/ Tutor de la Persona), (Tutor de la Persona de)

_____ in _____
(Write Name of Ward) (Escriba el nombre de la personaincapacitada) (en) (Write Name of County) (Escriba el condado)

County, Texas, declare under penalty of perjury that the foregoing Annual Report is true and correct.
(Condado de Texas, dec/aro bajo pena de pe,jurio que el Informe Anua/ anterior es verdadero y correcto.)

Executed on _____ 7 20 _____
(Firmado este) (mes, dia) (año)

Signature of Guardian
(Firma de/ Tutor)

Mail to (Envio por correo):

Palo Pinto County Clerk's Office
Probate Division
POBox219
Palo Pinto, TX 76484

Deliver to (Entrega personal):

Palo Pinto County Clerk's Office
520 Oak St.
Palo Pinto, TX 76484

Or **electronically file** with the Clerk's office.
(O **presentelo electronicamente** en la ojicina de/ secretario.)

NO. _____

THE GUARDIANSHIP OF

* IN THE COUNTY COURT

* OF

AN INCAPACITATED PERSON

* PALO PINTO COUNTY, TEXAS

ORDER APPROVING ANNUAL REPORT OF GUARDIAN OF THE PERSON

On the date indicated below came on to be considered the Annual Report of the Guardian of the Person on the Location, Condition and Well-being of _____ and the Court having examined said report

IT IS THEREFORE ORDERED, ADJUDGED, AND DECREED that the Guardianship of the Person _____ An Incapacitated Person, be continued; the clerk of the Court shall issue new Letters of Guardianship, as requested by the Guardian; and is hereby approved.

SIGNED this _____ day of _____ 20 .

JUDGE PRESIDING

Probate Guardianship Letter Request Form

Solicitud de carta de tutela

Customer Name(s): _____

(Nombre(s) de/ cliente:)

Guardianship of: _____

(Tutela de:)

Cause No. _____

(Numero de/ caso:)

Customer Request:

(El cliente solicita:)

___ **Number of Letters Requested (Copy of Valid photo ID MUST be attached)**
(Cantidad de cartas solicitadas) (Se debe adjuntar copia de una identificacion valida con Joto)

___ **Check here if you would like a copy of the Order Approving Annual Report**
(Marque aqui si desea una copia de la Orden que Aprueba el Informe Anual)

Please note:

- Filing and issuance fees for guardianship documents are subject to frequent change.
- **If you are planning to pay in advance**, please contact the Probate Division of the Palo Pinto County Clerk's Office at 940-659-1277, and a clerk will calculate your total. Otherwise, a clerk will contact you once your request has been completed with the total amount due.
- ***If you have an affidavit of inability to pay costs on file with the Clerk's Office, you do not have to pay any fees.***

Por favor tenga en cuenta:

- *Las tarifas de presentacion y emision de los documentos de tutela estan sujetas a cambios frecuentes.*
- ***Si planea pagar por adelantado, por favor comunlquese con la Division de Sucesiones de la Oficina del Secretario def Condado de Palo Pinto al 940-659-1277, y un secretario calculara su saldo total. De lo contrario, una vez que se haya completado su solicitud, un empleado se comunicara con usted con el monto total adeudado.***
- ***Si usted tiene una declaracion jurada de incapacidad para pagar los costos registrada en la Oficina del Secretario, no tiene que pagar ninguna tarifa.***

For Court Use Only: *(Solo para uso de la corte):*

Order: _____

Oath: _____

Bond: _____

Expires: _____