IN THE STATUTORY PROBATE COURT NO. 1
OF EL PASO COUNTY, TEXAS

IN THE MATTER OF THE	§	
GUARDIANSHIP OF THE	§	
PERSON OF:	§	
	§	
	§	**CAUSE NO.**
AN INCAPACITATED PERSON	§	

GUARDIAN'S REPORT ON THE CONDITION OF WARD
(INFORME DEL TUTOR CON RESPECTO AL ESTADO DEL PUPILO)

☐ **Initial** (Inicial) ☐ **Annual** (Anual) ☐ **Final** (Final)

Reporting Period
(Informe por el Período de)

On this day, the undersigned, known to me to be the Guardian of the above-named Ward, personally appeared and filed this report in compliance with §1163.101 of the Texas Estates Code.

(En esta fecha, el abajo firmante, en calidad de Tutor del susodicho Pupilo, compareció personalmente y presento este informe de conformidad con la sección 1163.101 del Código Testamentario de Texas.)

FINAL REPORTS ONLY
(Solamente para Informe Final)

Final Report is filed because (check the one that applies):
El Informe Final se presenta debido a que (marque la opción que corresponda):

☐ **Resignation** (Renuncia)
☐ **Ward has turned 18** (El Pupilo cumplió 18 años de edad)
☐ **Ward is deceased** (El Pupilo falleció)
☐ **Ward is relocating to another County or State** (El Pupilo se trasladará a otro Condado o Estado)
☐ **Other** (explain reason on letter **D**) (explicar la razón en la letra **D**)

A. If you are **RESIGNING,** has a Successor Guardian been identified? **YES** ☐ **NO** ☐
(Si han Renunciando a la Tutela, ¿Se ha nombrado a un Sucesor?) (Sí) (No)

B. If **Ward has turned 18**, please attach birth certificate
(Si el Pupilo cumplió los 18 años de edad, adjunte una copia del acta de nacimiento.)

C. If **Ward is deceased**, please provide date of death. _____.
(Si el Pupilo falleció, indique la fecha de defunción.)

D. The purpose of this Final Report is:_____.
(El propósito de este Informe Final es)

Current Information on Guardian(s)
(Datos Actuales del Tutor(es)

Guardian(s)Name(s):_____
If Co-Guardians, please list both names/ (Si son Co-Tutores, por favor ponga ambos nombres)

Age(s): _____ **Date of Birth(s):** _____
(Edad(es)) (Fecha(s) de Nacimiento)

Address: _____
(Domicilio):

City: _____**State:** _____**Zip Code:** _____
(Ciudad): (Estado) (Código Postal)

Home Phone No: _____**Work Phone No:** _____
(Teléfono de Casa) (Teléfono del Trabajo):

Relation to Ward: _____
(Relación a Pupilo)

Cell Phone No: _____**Email Address:**_____
(Teléfono Celular): (Correo Electrónico)

Preferred Language: ☐**English** ☐ **Spanish** ☐ **Other** _____

(Idioma Preferido) (Inglés) (Español) (Otro) _____

Emergency Contact Information: Guardian of the Person/Informacion de contacto en caso de Emergencia

Name/ Nombre**:** _____

Address/ Domicilio**:** _____

Phone/ Teléfono**:** _____

Relationship/ Relación: _____

During the past reporting period, have you or either of you, been convicted of a felony or a misdemeanor? (Durante el periodo que conforma este informe, ¿Ha sido usted o cualquiera de ustedes, declarado culpable de algún delito menor o mayor?) **YES** **NO**
(Sí) (No)

If yes, explain: _____
(Si respondió "sí", explique el motivo)

During the past reporting period, have you, or either of you, been reported to the Department of Family and Protective Services (CPS/APS) (¿Recibió El Departamento de Protección y Servicios para la Familia (CPS/APS) algún informe en su contra, o en contra de alguno de los dos, el año pasado?
YES **NO**
(Sí) (No)

If yes, explain: _____
(Si respondió "sí", explique el motivo)

Current Information on Ward
(Datos actuales del Pupilo)

Name:_____ **Date of Birth:**_____**Age:** _____
(Nombre) (Fecha de Nacimiento) (Edad)

Address: _____
(Domicilio):

City: _____**State:** _____**Zip Code:** _____
(Ciudad): (Estado) (Código Postal)

Phone No: _____
(Teléfono)

Preferred Language: ☐ **English** ☐ **Spanish** ☐ **Other** _____

(Idioma Preferido) (Inglés) (Español) (Otro) _____

The Ward lives in:
(El Pupilo vive en):

_____ a) **Own Home** (Casa Propia)

_____ b) **Guardians' Home** (Hogar del Tutor)

_____ c) **Adult Foster Home** (Hogar Sustituto para Adultos)

_____ d) **Nursing Home/Retirement Home** (Asilo/Residencias para Ancianos)

_ _____e) **El Paso State Supported Living Center**

_____f) **Other-Specify** _____ (Otro–Especifique)

Ward has resided at current address since: _____**(date)**
(El Pupilo reside en el domicilio actual desde) (Indique la fecha)

If the Ward does not live with you, please state the number of times you have visited during the last year: _____
(Si el Pupilo no vive con usted, indique cuantas veces lo visito el año pasado)

Date of the last visit: _____
(Fecha de la última visita)

The Ward's living arrangements are: **Excellent** ___ **Average** ___ **Below Average** ___
(La vivienda donde se aloja el Pupilo es) (Excelente) (Normal) (Inferior)

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

Is the Ward content or unhappy with the living arrangements?
(¿Está el Pupilo contento o insatisfecho con su alojamiento?)_____
_____
_____
_____

If unhappy, explain: _____
(Si el Pupilo está insatisfecho, explique el motivo)

The Ward's Health (for the past year)/ La Salud de Pupilo (en el año pasado):

A. The Ward's Physical Health has:
(La Salud Física del Pupilo ha)

☐**Improved** (Mejorado)
☐**Remained unchanged** (Permanece igual)
☐**Deteriorated** (Empeorado)

If deteriorated, what has been done to correct problem? (Si la condición del Pupilo ha empeorado, ¿Qué medidas se tomaron para corregir el problema?)_____
_____
_____

B. The Ward's Mental Health has:
(La salud mental del Pupilo ha)

☐**Improved** (Mejorado)
☐**Remained unchanged** (Permanece igual)
☐ **Deteriorated** (Empeorado)

If deteriorated, what has been done to correct problem? (Si la condición del Pupilo ha empeorado, ¿qué medidas se tomaron para corregir el problema?)_____
_____
_____
_____

Has the Ward been treated or evaluated in the past year by a:
(¿Recibió tratamiento o fue evaluado el Pupilo el año pasado?)

Physician (Médico)

Name (Nombre): _____

Psychiatrist, psychologist or other mental health care provider
(Psiquiatra/Psicólogo u otra persona que proporcionó servicios de salud mental)

Name (Nombre): _____

Dentist (Dentista)

Name (Nombre): _____

Social Worker or other Caseworker (Trabajador Social)

Name (Nombre): _____

Other (Otro)

Name (Nombre): _____

During the past year, has the Ward been hospitalized? **YES** ☐ **NO** ☐
(¿Se le hospitalizó el año pasado al Pupilo?) (Sí) (No)

If so, why?_____
(Si respondió "sí", explique el motivo)

During the past year, has the Ward participated in the following activities?(Explain)
(El año pasado, ¿participó el Pupilo en las siguientes actividades?) (Explique)

☐ **Recreational** (Recreacionales) _____

☐ **Social** (Sociales) _____

☐ **Occupational** (Laborales) _____

☐ **Educational** (Educativas) _____

☐ **None** (Ninguna) _____

☐ **Refuses to participate** (Rehúsa participar) _____

As Guardians, I/we believe the Ward has the following unmet needs:
(Como tutor creo que no se satisficieron las siguientes necesidades que tiene el Pupilo):_____
_____
_____
_____
_____

Photograph: If available**, please** attach a current photograph of the Ward.
(Si esta disponible, adjunte una foto del Pupilo)

As Guardian(s), I/we receive the following funds for the Ward's benefit:
(Como Tutor(es), recibo los siguientes fondos para el beneficio del Pupilo)

Total funds received (Cantidad total de fondos recibidos)**: $**_____

Source (Origen)**:**
Social Security (Seguro Social) **SSI** (Seguro Social Suplementario-SSI)
Retirement (Jubilación) **Other** (Otro) _____

Texas Law "Ward's Bill of Right" Texas Estates Code §1151.351
Ley de Tejas "Declaracíon de Derechos de Pupilo" Codigo Testamentario de Tejas §1151.351

Check each box below to affirm that you have addressed the specified duty or that you will do so within the time indicated. <u>These duties are required by Texas Law.</u> (Marque cada cuadro para afirmar que a comunicado la información o que lo hará en el momento indicado.
<u>Estas funciones son requeridas por ley en Texas.)</u>

☐ **I affirm that I have completed 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 continue, modified, or terminated.** (Afirmo que he cumplido con lo siguiente o que lo haré dentro de una semana a partir de la fecha en que firme este informe: Yo le he comunicado o le comunicaré al Pupilo que (1) estoy tratando de continuar, modificar, o terminar la tutela y (2) el Pupilo tiene la oportunidad de presentarse ante el Tribunal para expresar sus preferencias o inquietud sobre si la tutela debe continuarse, modificarse o terminarse.)

☐ **I affirm that I will give the ward a copy of this annual report within 30 days of the date I sign the report.** (Afirmo que voy ha proveerle al Pupilo una copia del informe anual dentro de 30 días de la fecha en que firme el informe.)

☐ **I affirm that I have provided the ward with a copy of the Bill of Rights and that I have explained said document to the best of my abilities.** (Afirmo que he proporcionado al Pupilo con una copia de la Declaración de Derechos y que se le ha explicado dicho documento a la medida de mis posibilidades.)

If there is additional information you want to share with the court, please state or attach to this report (Si tienen información adicional que le gustaría presentar ante el juez, adjúntela al informe): _____

_____

_____

_____

_____

PREMISES CONSIDERED, Guardian(s) prays that the Court hear and approve this Annual Report of the Condition of the Ward and make any further orders deemed necessary by the Court.

(CONSIDERANDO LO ANTES DECLARADO EN ESTE INFORME, el Tutor pide respetuosamente al Juez que oiga y apruebe este informe anual sobre el estado del Pupilo y que se emitan las órdenes adicionales que sean necesarias.)

_____

Guardian (Tutor)

If Co-Guardians, both Guardians must sign
(*Si son Co-Tutores, los dos deben firmar)*

_____

Co-Guardian (Co-Tutor**)**

IN THE STATUTORY PROBATE COURT NO. 1
OF EL PASO COUNTY, TEXAS

Pursuant to the Texas Civil Practice and Remedies Code § 132.001 and §132.002.
(De conformidad con los recursos del sistema de Derecho Civil y Práctica Códigos 132.001 y 132.002 del Estado de Texas.)

My name is _____ _____ _____
(Mi nombre es) **(First)** (Nombre) **(Middle)** (Segundo Nombre) **(Last)** (Apellido)

My date of birth is _____
(Mi fecha de nacimiento es)

and my address is _____
(mi dirección es)

El Paso , **Texas** , _____ and **U.S.A** .
(City) (Ciudad) **(State)** (Estado) **(Zip Code)** (Código Postal) **(Country)** (País)

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.
(Yo declaro bajo pena de perjurio que lo anteriormente expuesto es cierto y correcto.)

Executed in **El Paso** **County, State of** **Texas** ,
(Firmado en el Condado de) (Estado de)

on the _____ **day of** _____, **year** **20** .
(Día) (Mes) (Año)

_____ _____
Declarant (Declarante) **Date** (Fecha)

_____ _____
Declarant (Declarante) **Date** (Fecha)

** It is ***NO*** longer required to notorize the Annual Report of Well-Being. Please fill out the declarant form, sign, date, and return to the address below.

El informe Anual del Bienestar del pupilo ***NO* necesita ser notariado. Por favor llene las forma de declarante, incluya sus firma, la fecha y vuelva a la dirección abajo.

Please return for filing to: (Favor de mandar el informe a):	**El Paso County Clerk** **Probate Department** **500 East San Antonio, Room 105** **El Paso, Texas 79901** **(915) 273-3532 ext. 4027**