Honorario de limadura	$150.00
Cita para el anuncio Litem del guarda	$20.00
Honorario certificado de la letra	$12.00
	$182.00

Archivaje de una petición para designar a un guarda para un adulto incapacitado

Eficaz Octubre 1, 2003

QUÉ USTED NECESITA SABER ANTES DE ARCHIVAR UNA PETICIÓN PARA DESIGNAR A UN GUARDA PARA UN ADULTO INCAPACITADO

»» ¿Cuál es guarda?

Un guarda es una persona designada por una corte de legalización de un testamento y una energía y una responsabilidad dadas de tomar ciertas decisiones sobre el cuidado de otro individuo. Estas decisiones pudieron incluir decisiones del tratamiento o donde el individuo debe vivir. Si el individuo tiene una esperanza de vida reducida debido a la enfermedad avanzada, el guarda puede tener la energía de tomar una decisión informada a nombre del individuo con respecto la recepción, la continuación, la interrupción, o la rechazo del tratamiento médico. Los deberes de un guarda se enumeran en estatuto.

Un guarda lleno puede tomar todas las decisiones para el individuo. Un guarda limitado, puede tomar solamente las decisiones para el individuo que la corte permite.

»» ¿Cuándo puede la corte designar a un guarda?

La corte puede designar a un guarda cuando encuentra que la persona es un individuo legalmente incapacitado y determina que un guarda es necesario.

»» ¿Cuál es incapacitado legalmente individual?

Un individuo legalmente incapacitado es el adulto que la corte encuentra para ser así que deteriorado por enfermedad mental, la deficiencia mental, la enfermedad o la inhabilidad física, el uso crónico de drogas, la intoxicación crónica, o la otra causa, que él o ella carece la comprensión o la capacidad de tomar o de comunicar decisiones informadas.

»» ¿Incapacitan a un guarda necesario para un individuo que pueda estar legalmente?

Un guarda no pudo ser necesario si algún otro tiene ya autoridad legal para tomar las decisiones para la persona y no hay problemas con las decisiones que están tomando.

¿Cómo un procedimiento para un guarda se comienza?

Cualquier persona interesada en el bienestar de los individuos puede terminar una petición para el nombramiento del guarda del individuo incapacitado (PC 625 de la forma) y archivarla, junto con el honorario de limadura, con la corte de legalización de un testamento donde el individuo reside o se localiza actualmente.

»» ¿Es un abogado necesario?

No, pero un abogado puede ser provechosos, especialmente si alguien se opone al nombramiento de un guarda, la autoridad que usted está pidiendo ser dado, o la persona usted está pidiendo ser designado guarda.

»» ¿Se puede la mediación utilizar para los desacuerdos sobre una tutela?

Ciertos desacuerdos sobre un pedido un guarda se pueden mediar fuera de la corte si todos los partidos acuerdan atender a la mediación o si una pedido de juez parties para atender a la mediación. El vendedor de corte puede decirle si los servicios de la mediación están disponibles en su corte.

»» ¿Qué sucede cuando la corte acepta una petición para la limadura?

Después de que la petición se acepte para la limadura, la corte designará un litem del anuncio del guarda para visitar al individuo para explicar los procedimientos de la tutela y para hacer recomendaciones a la corte como resultado de la visita.

Es importante que usted coopere con el litem del anuncio del guarda. El litem del anuncio del guarda no tiene la autoridad para tomar las decisiones para el individuo. El individuo puede tener que pagar el litem del anuncio del guarda. En caso de necesidad, la corte puede también ordenar al individuo ser examinado por un médico o un profesional de salud mental.

»» ¿Qué el litem del anuncio del guarda hará?

El litem del anuncio del guarda visitará personalmente al individuo y explicará al individuo la naturaleza, el propósito, y los efectos legales del nombramiento de un guarda.

El litem del anuncio del guarda:

1) explique el procedimiento de la audiencia y las derechas de individuos durante la audiencia.
2) informe al individuo el nombre de cualquier persona cita que busca como guarda; y
3) informe a la corte sus determinaciones sobre los deseos de los individuos.

»» ¿Puede el individuo conseguir a un guarda inmediatamente en una emergencia?

Si existe una emergencia, el juez puede designar a un guarda temporal para servir hasta que una audiencia en la petición pueda ser llevada a cabo.

ALTERNATIVAS A UN GUARDA LLENO

Las cinco alternativas siguientes se deben planear por el individuo antes de que él o ella haga mentalmente incapaz de tomar las decisiones.

1. Energía del cuidado médico del abogado También llamó una designación paciente del abogado o una energía durable del abogado para el cuidado médico. Este documento permite a una persona nombrar a un agente (llamado un abogado paciente) tomar sus decisiones del cuidado médico cuando es no capaz o no competente hacer tan. El documento puede cubrir cualquier tipo de decisión del cuidado médico incluyendo la dirección al agente sobre el tipo y el grado del cuidado médico deseados. Puede también incluir autoridad para retener o para retirar servicios del conectado a una máquina que mantiene las constantes vitales.

2. **Hacer-No-Reanime la orden**
   Una orden de la hacer-no-reanimación es un documento que dirige que el paciente nombrado en la orden no ser reanimado si la respiración y la circulación espontáneas de los pacientes paran en un ajuste fuera de una clínica de reposo, de un hospital, o de instalaciones sanitarias mentales poseyó o funcionó por el departamento de salud de la comunidad. El paciente debe firmar el documento en presencia de su médico de asistencia y de dos testigos adultos.

Si el paciente es un adherente de una denominación religiosa o una iglesia cuyos miembros dependen de medios espirituales con rezo solamente para curar, el paciente adulto puede firmar una orden de la hacer-no-reanimación que cumpla requisitos estatutarios especiales y que no requiera la firma de un médico de asistencia.

3. **Energía del abogado**
   Una energía del abogado es un documento firmado por una persona competente que da a otra persona la energía de manejar algunos o toda sus asuntos. El documento se debe firmar por un notario en presencia por lo menos de un testigo.

   Una energía del abogado es durable si sigue siendo válida incluso si el fabricante de la energía del abogado más adelante lisiado o se incapacita. Una energía durable del abogado es los medios para que el adulto competente de a mentalmente - conceda una autoridad de la persona (llamada un agente) al acto para él/ella si ocurre la incapacidad. Afecta a la toma de decisión de la característica pero puede generalmente afectar a decisiones del cuidado médico. Vea la energía del cuidado médico del abogado indicada en el punto 1.

4. **Confianza**
   Una confianza puede ser un substituto para un conservador y una voluntad. La confianza expresa los deseos del fabricante (llamado un settlor) sobre la gerencia de sus activos durante su curso de la vida y cuando físicamente o mentalmente incapaz de manejar los activos.

   Bajo confianza, los activos son poseídos por la confianza y manejados por el administrador en.beneficio de las personas que se protegerán. La confianza también nombra a los individuos a quienes los activos irán sobre la muerte de los settlors. Un administrador es con frecuencia el fabricante de la confianza al principio y nombra generalmente a en relación con sea el sucesor. Los administradores profesionales desempeñan servicios a menudo en esta posición altamente responsable.

5. **Propiedad común**
   La propiedad común implica ciertos activos que se sostendrán por dos o más personas y puede dar derecho a dueños uces de los a tener control y gerencia de los activos.

   Algunos de los activos que se pueden sostener en propiedad común son propiedades inmobiliarias, cuentas bancarias, acción corporativa, y fondos mutuos. Un dueño común puede aplicar los fondos de un explicar el copropietario lisiado sin la acción legal. Esto puede implicar la pérdida de único control sobre los fondos de la persona lisiada y puede dar lugar al uso de fondos deshonesto por el copropietario.

Las cinco alternativas siguientes no necesitan ser planeadas por el individuo antes de que él o ella haga mentalmente incapaz de tomar las decisiones.

1. **Guarda limitado**
   Un guarda que toma solamente esas decisiones para el individuo que la corte permite.

2. **Conservador**
   Un conservador es una persona designada por la corte de legalización de un testamento y energía y responsabilidad dadas del estado (los activos financieros y característica) de un adulto (llamado un individuo protegido).

   Si un individuo tiene característica tal como propiedades inmobiliarias, cuentas bancarias grandes, o acción que él o ella pueda manejar no más, puede ser apropiado archivar una petición para un conservador. Vea las instrucciones separadas en los procedimientos de Conservatorship.

3. **Orden protectora**
   Cuando solamente una sola transacción que afecta a la característica de una persona lisiada se requiere, la corte de legalización de un testamento puede incorporar una pedido protectora para esta materia de una vez.

   En una audiencia, la corte puede autorizar, dirigir, o ratificar el cualquier contrato, la confianza, o la otra transacción referente a ésa los asuntos financieros o estado de las personas sin la designación de un conservador o de un guarda.

4. **Beneficiario representative**
   Una agencia de estatal designa a un beneficiario representativo para recibir, para manejar, y para pasar las ventajas del gobierno para un beneficiario. Esto se hace lo más a menudo posible para las ventajas de Seguridad Social. El beneficiario puede pedir a un beneficiario representativo, pero la agencia requiere generalmente uno cuando el beneficiario puede no más manejar ventajas.

   La agencia aprueba a un beneficiario y no hay implicación de la corte. La autoridad representativa de los beneficiarios se limita a los fondos del gobierno para los cuales él o ella es el beneficiario.

5. **Servicios especiales para el envejecimiento**
   Muchas comunidades tienen servicios voluntarios disponibles a petición ayudar al envejecimiento con sus asuntos financieros. Los servicios pueden incluir el depósito y la escritura de los cheques, talonarios de cheques de equilibrio, cuentas que pagan, preparando demandas de seguro, elaborando la información de impuesto y aconsejándola, y solicitando ventajas públicas y aconsejar.

   La Comisión en el envejecimiento y la agencia de la independencia de la familia proporcionan estos servicios en muchas comunidades así como organizaciones de la iglesia. Una persona capaz de pedir o de aceptar los servicios debe pedir los servicios para recibirlos.

LISTA DE COMPROBACIÓN PARA ARCHIVAR UNA PETICIÓN PARA DESIGNAR A UN GUARDA PARA UN INDIVIDUO INCAPACITADO

Self Help Legal Resource Center
811 Port Street, St. Joseph, MI 49085 • 269.983.7111

(Staple Here)

Antes de llevar esta limadura la corte de legalización de un testamento, cerciórese de por favor que usted tiene los puntos siguientes terminó por completo y en la orden indicada abajo. Coloque por favor una grapa en el centro donde indicado arriba.

- ☐ 1. Lista de comprobación para archivar una petición para designar al guarda de un individuo incapacitado (esta forma en tapa).
- ☐ 2. Compruebe para que $182.00 o declaración jurada suspendan honorarios.
- ☐ 3. Solicite para la cita del individuo incapacitado. Cerciórese de terminar ambos lados, muestra, fecha, compruebe las cajas apropiadas (especialmente #9). También, el tema debe estar en el residente del condado de Berrien para que la petición sea aceptada.
- ☐ 4. Forma adulta del lanzamiento de la tutela/del cheque de los expedientes de Conservatorship.
- ☐ 5. clara de la licencia de conductor (frente y parte posterior).
- ☐ 6. Pedido la forma central de la separación del registro.
- ☐ 7. Otra fotocopia clara de los licens del conductor (frente y parte posterior/igual que #5).
- ☐ 8. Petición para la cita del anuncio Litem/galón procurador/abogado del guarda.
- ☐ 9. Orden elaborada que designa el anuncio Litem del guarda.
- ☐ 10. Orden elaborada con respecto al nombramiento del guarda del individuo incapacitado. Completo tanto en esta forma como usted puede en este tiempo.
- ☐ 11. Aceptación elaborada de la cita se firma y se fecha que.
- ☐ 12. Letras elaboradas de la tutela.

NOTA: Otros documentos se pueden requerir en archivo, sin embargo, éste es una qué limadura básica debe consistir en. Cerciórese de por favor poner los artículos especificados en la orden indicada arriba. Gracias.

INSTRUCCIONES PARA TERMINAR "LA PETICIÓN PARA EL NOMBRAMIENTO DEL GUARDA DEL INDIVIDUO INCAPACITADO:

Mecanografíe o imprima por favor cuidadosamente en tinta negra o azul.

Los artículos "A" a "Q" deben ser leídos y ser completados (cuando está requerido) antes de que su petición se pueda archivar con la corte. Lea por favor la instrucción para cada artículo. Entonces complete la información correcta para ese artículo en la forma.

(A) Incorpore el nombre del individuo que usted cree necesidades un guarda.

(B) Incorpore la fecha de nacimiento, raza, y el sexo del individuo nombrado en Ⓐ . incorpora la dirección donde localizan al individuo actualmente. Esta dirección puede o no puede ser el hogar del individuo. Por ejemplo, si el individuo está actualmente en el hospital, incorpore la dirección del hospital.

(C) Incorpore su nombre en la primera línea y su relación al individuo (o su interés) en la segunda línea.

(D) Compruebe esta caja si hay o tiene sido un caso en la división de familia del tribunal de distrito que implica al individuo en Ⓐ. Los ejemplos de un caso de la división de familia son protección personal, abusan o negligencia, o un cambio de nombre. Si usted ha comprobado esta caja, incorpore el nombre de la corte, el número del caso de la acción, el nombre del juez asignado a ese caso. Entonces ponga un cheque en la caja que indica si ese caso es todavía pendiente o no.

(E) Entre en la ciudad, la aldea, o el municipio y el condado e indiqúela que el individuo es un residente de y la dirección de comienzo de la pista en disco completa del individuo.

(F) Compruebe las cajas que aplican y proporcionan el nombre o los nombres y las direcciones de la dirección.

(G) Si el individuo tiene un abogado paciente y usted creer allí es un problema, compruebe solamente las cajas que se aplican.

(H) Compruebe las cajas que usted cree se aplica al individuo.

(I) Explique en tanto detalle como los ejemplos específicos posibles de los individuos conducen ese le llevan a creer que él o ella necesita a un guarda. Dé los ejemplos específicos de su conducta que apoye lo que usted llegó Ⓗ y que demuestre la necesidad de un guarda. Esta información es extremadamente importante para la corte en tomar una decisión sobre la necesidad de designar a un guarda. Utilice las hojas adicionales del papel si está necesitado.

(J) Incorpore el nombre, la dirección, y el número de teléfono de la persona o de la agencia que tiene actualmente cuidado y custodia del individuo. Si hay nadie, deje el espacio en blanco.

(K) Compruebe si el individuo es o no está dado derecho para recibir ventajas de la administración de veteranos. Si usted comprobó que dan derecho el individuo a las ventajas, incorpore su número del demandante del VA.

(L)–(M) Compruebe todas las cajas que aplican e incorporan los nombres, las relaciones, las direcciones y los números de teléfono de cada pariente del individuo. Si los adultos uces de los nombrados en Ⓛ están bajo incapacidad legal, incorpore los nombres a Ⓜ . Si usted comprueba la caja pasada en Ⓛ (punto 10), usted debe notificar al Procurador General de la República enviando una copia de esta forma a: Attorney General, Public Administration, PO Box 30736, Lansing, Michigan 48909.

(N) Incorpore el nombre, la dirección, y el número de teléfono de la persona que usted quiere ser designado como guarda del individuo. Incorpore la relación, eventualmente, que tiene que esta persona el individuo. Compruebe la caja para saber si hay un guarda lleno o un guarda limitado.

(O) Compruebe la caja si hay una emergencia que requiere el nombramiento de un guarda temporal antes de que la audiencia en esta petición se lleve a cabo.

(P) Incorpore la fecha de hoy, firme su nombre, e incorpore su dirección y número de teléfono.

(Q) Si el individuo quiere nominar alguien para ser su guarda, para comprobar la caja y para incorporar el nombre, dirección, y número de teléfono de la persona que el individuo está nominando. El individuo debe firmar y fechar el impreso.

Approved, SCAO JIS CODE: PEG

STATE OF MICHIGAN PROBATE COURT BERRIEN COUNTY	PETICIÓN PARA EL NOMBRAMIENTO DEL GUARDA DEL INDIVIDUO INCAPACITADO	Número del caso

(A) Estado de _____ ××× - ×× - ____
Alegado individual para necesitar la protección — Dígitos del último cuatro de SSN

(B)

Fecha de nacimiento	Raza	Sexo	Dirección del individuo incapacitado alegado donde ahora encontrado

(C) 1. Yo, _____, interesada en esta materia y haga esta petición como
Nombre

_____.
Interés/la relación del estado

(D) ☐ 2. Una acción dentro de la jurisdicción de la división de familia de tribunal de distrito que implicaba a la familia o de miembros de familia de la persona nombrada arriba se ha archivado previamente enen la corte de _____, caso número _____, era asignado para juzgar _____, y ☐ permanece. ☐ es no más pendiente.

(E) 3. El adulto es un residente de _____, _____, _____,
Ciudad, aldea, o el municipio — Condado — Estado

y tiene una dirección de comienzo de la pista en disco de _____.
Dirección — Ciudad — Estado — Cierre relámpago

☐ El individuo es un ciudadano del país extranjero siguiente: _____.

(F) 4. El adulto tiene: ☐ un abogado/una energía pacientes del abogado para el cuidado médico. (Especifique conocido y la dirección abajo.)
☐ una energía del abogado. (Especifique conocido y la dirección abajo.)
☐ un conservador. (Especifique conocido y la dirección abajo.)

_____

(G) ☐ 5. ☐ La designación paciente del abogado no fue ejecutada de acuerdo con MCL 700.5506.
☐ El abogado paciente no se está conformando con los términos de la designación o de MCL 700.5506 a 700.5512.
☐ El abogado paciente no está actuando constante con los mejores intereses de las salas.

(H) 6. El adulto carece la suficiente comprensión o capacidad de tomar o de comunicar decisiones informadas debido a:
☐ enfermedad mental ☐ deficiencia mental ☐ enfermedad física o inhabilidad
☐ intoxicación crónica ☐ uso crónico de drogas ☐ _____

(I) 7. .Los hechos específicos sobre la condición o la conducta reciente de los adultos que me llevan a creer al adulto necesitan a un guarda son: (Ate una hoja separada si más espacio es necesario.)

_____

_____

(J) 8. El nombre, la dirección, y el número de teléfono de la persona/de la agencia (eventualmente) que tiene actualmente cuidado y custodia del adulto son:

_____

Esta versión en español es solamente para su información. La versión en inglés debe usarse para el archivo del caso.

(VEA LA SEGUNDA PÁGINA)

NOTA DEL USO: Si esta forma se está archivando en la división de familia del tribunal de distrito, entre en por favor el nombre y el condado de la corte en la esquina izquierda superior de la forma.

No escriba debajo de esta línea - para el uso de la corte solamente

(K) 9. El adulto ☐ es ☐ no se da derecho para recibir ventajas de la administración de veteranos. El número del demandante de la administración de veteranos es: _____

(L) 10. El individuo incapacitado alegado tiene:
☐ un esposo cuya conocido y dirección es mencionada abajo.
☐ niños del adulto cuyas nombres y direcciones son mencionadas abajo.
☐ padres de vida cuyas nombres y direcciones son mencionadas abajo.
☐ ninguno esposo, niños, o padres. Los nombres y las direcciones de herederos presuntos son mencionados abajo.
☐ ninguno del antedicho (debe notificar a Procurador General de la República - vea las instrucciones para la dirección del Procurador General de la República).

NOMBRE	DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO				RELACIÓN	EDAD y FECHA DE NACIMIENTO (si menor de edad)
	Dirección					
	Ciuda	Estado	Cierre relámpago	Número de teléfono		
	Dirección					
	Ciuda	Estado	Cierre relámpago	Número de teléfono		
	Dirección					
	Ciuda	Estado	Cierre relámpago	Número de teléfono		

(M) 11. Ningunos de los adultos nombrados arriba están bajo cualquier incapacidad legal excepto:

_____
Dé la incapacidad conocida, legal, y el representante de la persona, si la hay.

(N) 12. **PIDO** que la corte determine al adulto sea un individuo incapacitado y designe _____
Nombre

_____ _____
Dirección

_____, que tiene prioridad como
Ciudad estado cierre relámpago número de teléfono

_____, ☐ guarda lleno con todas las energías proporcionadas por el estatuto.
Relación de la prioridad ☐ guarda limitado con las energías siguientes:

_____

(O) ☐ 13. Ninguna otra persona aparece tener autoridad a actuar en las circunstancias. Pido que designen a un guarda temporal hasta que finalice una audiencia en esta petición debido a la emergencia siguiente:

_____

Declaro bajo penas del perjurio que esta petición ha sido examinada por mí y que es verdad su contenido al mejor de mi información, conocimiento, y creencia.

(P) _____ _____
Firma del abogado Fecha

_____ _____
Nombre del abogado (tipo o impresión) Firma del solicitante

_____ _____
Dirección del abogado Dirección del solicitante

_____ _____ _____ _____
Ciudad, estado, código postal Número de teléfono Ciudad, estado, código postal Número de teléfono

(Q) ☐ 14. **El NOMBRAMIENTO DEL INDIVIDUO INCAPACITADO ALEGADO** en el acontecimiento la corte encuentra que requiero a un guarda, yo nomina:

_____
Nombre, dirección y número de teléfono

_____ _____
Fecha Firma del individuo incapacitado alegado

Approved, SCAO

JIS CODE: PCS-PEG
TCS-PGII

STATE OF MICHIGAN PROBATE COURT COUNTY OF BERRIEN	PETITION FOR APPOINTMENT OF GUARDIAN OF INCAPACITATED INDIVIDUAL	FILE NO.

(A) In the matter of _____ XXX-XX-____
Alleged incapacitated individual — Last four digits of SSN

(B)

Date of birth	Race	Sex	Address of alleged incapacitated individual where now found

(C) 1. I, _____ , am interested in this matter
Name (type or print)
and make this petition as _____ .
State interest/relationship

(D) ☐ 2. An action within the jurisdiction of the family division of circuit court involving the family or family members of the person named above has been previously filed in _____ Court, Case Number _____ , was assigned to Judge _____, and ☐ remains ☐ is no longer pending.

(E) 3. The adult is a resident of _____ , _____
City, village, or township — County — State
and has a home address and telephone number of _____
Address
_____ .
City — State — Zip — Telephone no.
☐ The individual is a citizen of the following foreign country: _____

(F) 4. The adult has ☐ a patient advocate/power of attorney for health care. (Specify name and address below.)
☐ a power of attorney. (Specify name and address below.)
☐ a conservator. (Specify name and address below.)

_____
Name and address

(G) ☐ 5. ☐ The patient advocate designation was not executed in compliance with MCL 700.5506.
☐ The patient advocate is not complying with the terms of the designation or of MCL 700.5506 to MCL 700.5512.
☐ The patient advocate is not acting consistent with the ward's best interests.

(H) 6. The adult lacks sufficient understanding or capacity to make or communicate informed decisions because of
☐ mental illness. ☐ mental deficiency. ☐ physical illness or disability.
☐ chronic intoxication. ☐ chronic drug use. ☐ _____ .

(I) 7. Specific facts about the adult's recent condition or conduct that lead me to believe the adult needs a guardian are
(Attach a separate sheet if more space is needed.)

_____

_____

(J) 8. The name, address, and telephone number of the person/agency (if any) who currently has care and custody of the adult are _____ .

(SEE SECOND PAGE)

USE NOTE: If this form is being filed in the circuit court family division, please enter the court name and county in the upper left-hand corner of the form.

Do not write below this line - For court use only

(K) 9. The adult ☐ is ☐ is not entitled to receive Veterans Administration benefits. The Veterans Administration claimant number is _____ .

(L) 10. The alleged incapacitated individual has
- ☐ a spouse whose name and address are listed below.
- ☐ adult child(ren) whose name(s) and address(es) are listed below.
- ☐ living parent(s) whose name(s) and address(es) are listed below.
- ☐ no spouse, adult child(ren), or parent(s). The names and addresses of presumptive heirs are listed below.
- ☐ none of the above (must notify Attorney General - see instructions for the address of the Attorney General).

NAME	RELATIONSHIP	ADDRESS AND TELEPHONE NUMBER			
		Street address			
		City	State	Zip	Telephone No.
		Street address			
		City	State	Zip	Telephone No.
		Street address			
		City	State	Zip	Telephone No.

(M) 11. None of the adults named above is under any legal incapacity except _____

_____ .
Give name, legal incapacity, and representative of the person, if any

(N) 12. **I REQUEST** that the court determine the adult is an incapacitated individual and appoint _____
Name

_____ _____
Address

_____ , who has priority as
City State Zip Telephone no.

_____ , ☐ full guardian with all powers provided by statute.
Priority relationship ☐ limited guardian with the following powers:

_____ .

(O) ☐ 13. No other person appears to have authority to act in the circumstances. I request that a temporary guardian be appointed pending a hearing on this petition because of the following emergency:

_____

I declare under the penalties of perjury that this petition has been examined by me and that its contents are true to the best of my information, knowledge, and belief.

(P)

_____ _____
Attorney signature Date

_____ _____
Attorney name (type or print) Bar no. Petitioner signature

_____ _____
Attorney address Petitioner address

_____ _____
City, state, zip Telephone no. City, state, zip Telephone no.

(Q) ☐ 14. **NOMINATION BY THE ALLEGED INCAPACITATED INDIVIDUAL** In the event the court finds that I require a guardian, I nominate: _____
Name, address, and telephone no.

_____ _____
Date Signature of alleged incapacitated individual

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING "PETITION FOR APPOINTMENT OF GUARDIAN OF INCAPACITATED INDIVIDUAL"

Please type or print neatly using black or blue ink.

Items A through Q must be read and filled in (when required) before your petition can be filed with the court. Please read the instruction for each item. Then fill in the correct information for that item on the form.

A Enter the name of the individual who you believe needs a guardian.

B Enter the date of birth, race, and sex of the individual named in **A**. Enter the address where the individual is currently located. This address may or may not be the home of the individual. For example, if the individual is currently in the hospital, enter the address of the hospital.

C Enter your name in the first line and your relationship to the individual (or your interest) on the second line.

D Check this box if there is or has been a case in the family division of the circuit court involving the individual in **A**. Examples of a family division case are personal protection, abuse or neglect, or a name change. If you have checked this box, enter the name of the court, the case number of the action, the name of the judge assigned to that case. Then place a check in the box indicating whether that case is still pending or not.

E Enter the city, village, or township and county and state the individual is a resident of and the full home address and telephone number of the individual.

F Check the boxes that apply and provide the name(s) and address(es).

G If the individual has a patient advocate and you believe there is a problem, check only the boxes that apply.

H Check the boxes that you believe apply to the individual.

I **Explain in** as much **detail** as possible specific examples of the individual's conduct that lead you to believe he or she needs a guardian. Give specific examples of his or her conduct that supports what you checked in **H** and that demonstrate the need for a guardian. **This information is extremely important for the court in making a decision about the need to appoint a guardian.** Use additional sheets of paper if needed.

J Enter the name, address, and telephone number of the person or agency who currently has care and custody of the individual. If there is no one, leave blank.

K Check whether the individual is or is not entitled to receive Veterans Administration benefits. If you checked that the individual is entitled to benefits, enter his or her VA claimant number.

L - M Check all the boxes that apply and enter the names, relationships, addresses and telephone numbers of each relative of the individual. Presumptive heirs includes minor children, if any. If any of the adults named in **L** are under legal incapacity, enter the names in **M**. If you check the last box in **L** (item 10), you must notify the Attorney General by sending a copy of this form to: Attorney General, Public Administration, PO Box 30755, Lansing, Michigan 48909.

N Enter the name, address, and telephone number of the person you want to be appointed as guardian of the individual. Enter the relationship, if any, that this person has to the individual. Check the box for either a full guardian or a limited guardian.

O Check the box if there is an emergency requiring the appointment of a temporary guardian before the hearing on this petition is held.

P Enter today's date, sign your name, and enter your address and telephone number.

Q If the individual wants to nominate someone to be his/her guardian, check the box and enter the name, address, and telephone number of the person the individual is nominating. The individual must sign and date the form.

BERRIEN COUNTY PROBATE COURT/FAMILY COURT

Nombre de fichero: _____ *Número de archivo:* _____

LANZAMIENTO ADULTO DEL CHEQUE DE LOS EXPEDIENTES DE LA TUTELA O DEL CONSERVADOR

Sea por favor informado que la corte de legalización de un testamento del condado de Berrien termina rutinario investigaciones del guarda o del conservador según los requisitos de ley. Conforme a este requisito, es la política de esta corte para terminar un cheque central del registro de los servicios protectores, cheque criminal, conduciendo historia, el cheque anterior de la bancarrota con LEIN u otros servicios. Proporcione por favor la información siguiente con respecto los guardas o a los conservadores propuestos. **IMPRESIÓN CLARAMENTE.** Ate la identificación de foto (e.g. una copia de su licencia de conductores).

Nombre: _____

RAZA: _____ GÉNERO: _____

El NOMBRE VIRGINAL o el NOMBRE UTILIZÓ PREVIAMENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEGURIDAD SOCIAL #: _____

DE CONDUCTORES #: _____

TERMINE LOS NOMBRES DE EL RESTO DE NIÑOS DE LOS ADULTOS QUE VIVEN EN LA CASA _____

Nombre: _____

RAZA: _____ GÉNERO: _____

El NOMBRE VIRGINAL o el NOMBRE UTILIZÓ PREVIAMENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEGURIDAD SOCIAL #: _____

DE CONDUCTORES #: _____

TERMINE LOS NOMBRES DE EL RESTO DE NIÑOS DE LOS ADULTOS QUE VIVEN EN LA CASA _____

Autorizo la corte de legalización de un testamento del condado de Berrien para pedir la información sobre mí/nosotros de cualquier agencia de servicios del ser humano (ejemplo, departamento de Michigan de servicios humanos) como puedo ser apropiado y también autorizo un criminal/una historia/anteriormente de la bancarrota un cheque de la conducción con LEIN u otros servicios.

FECHA DEBIDA: _____

_____
Fecha

_____
Firma de guardas o de conservadores propuestos

_____
Dirección de calle

_____
Ciudad, estado, cierre relámpago

COMENTARIOS

_____

_____

_____

_____

Esta versión en español es solamente para su información. La versión en inglés debe usarse para el archivo del caso.

BERRIEN COUNTY PROBATE COURT/FAMILY COURT

File Name: _____ *File Number:* _____

ADULT GUARDIANSHIP/CONSERVATOR RECORDS CHECK RELEASE

Please be informed that the Berrien County Probate Court routinely completes guardian/conservator investigations as required by law. Pursuant to this requirement, it is the policy of this Court to complete a Protective Services Central Registry check/criminal/driving history/prior bankruptcy check through LEIN or other services. Please provide the following information regarding the proposed guardian(s)/conservator(s). **PRINT CLEARLY. Attach photo identification** (e.g. a copy of your driver's license).

NAME: _____

RACE: _____ GENDER: _____

MAIDEN NAME/NAME PREVIOUSLY USED: _____

DATE OF BIRTH: _____

SOCIAL SECURITY #: _____

DRIVERS LICENSE #: _____

COMPLETE NAMES OF ALL OTHER CHILDREN AND ADULTS LIVING IN THE HOUSE

_____
_____
_____
_____
_____
_____

NAME: _____

RACE: _____ GENDER: _____

MAIDEN NAME/NAME PREVIOUSLY USED: _____

DATE OF BIRTH: _____

SOCIAL SECURITY #: _____

DRIVERS LICENSE #: _____

COMPLETE NAMES OF ALL OTHER CHILDREN AND ADULTS LIVING IN THE HOUSE

_____
_____
_____
_____
_____
_____

I authorize the Berrien County Probate Court to request information about me/us from any human services agencies (e.g., Michigan Department of Human Services) as may be appropriate and I also authorize a criminal/driving history/prior bankruptcy check through LEIN or other services.

DUE DATE: _____

_____
Date

_____
Signature of proposed guardian(s)/conservator(s)

_____
Street Address

_____
City, State, Zip

COMMENTS

_____
_____
_____
_____

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE REGISTRO CENTRAL

Michigan Departamento de servicios humanos.

Copiar foto ID aquí

O

Adjuntar una página separada

SECCIÓN 1 INFORMACIÓN EN PERSONA ESTÁ BORRANDO

Name, (First, Middle, Last)	Firma requerida para el individuo que es despejado		Fecha
También conocido como nombre	Número de seguro social		Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Email		

☐ Estoy completando esto por mí mismo. ☐ Me gustaría recoger mis resultados en Condado (para residentes de Michigan solamente).

SECCIÓN 2 INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Compruebe por favor la caja apropiada

☐ Empleador ☐ Agencia de voluntaries ☐ Evaluación del hogar de adopción/cuidado adoptive ☐ Tribunal/aplicación de la ley/Departamento de correcciones/Fiscalía

☐ Otros _____

Nombre de la agencia u organización **Berrien County Probate Court**			
Nombre del solicitante			
Dirección **811 Port Street**	Ciudad **St. Joseph**	Estado **MI**	Código postal **49085**
Email	Fax **(269) 982-8644**	Número de teléfono **(269) 983-7111**	

Los empleadores/agencias de voluntarios sólo recibirán respuestas de ningún registro central si la persona que está siendo autorizada ha aprobado esta solicitud con su firma. Los empleadores/agencias de voluntarios no recibirán notificación si el nombre enviado tiene algún registro central de los resultados por CPL 722,627. Para preguntas acerca de cómo completar este formulario, por favor comuníquese con el Departamento de salud y servicios humanos de Michigan, vea la lista adjunta de contactos.

Esta autorización no identifica a individuos que pueden tener historia del abuso/de la negligencia de niño en otros Estados, territorios o tierra tribal de la confianza.

La confidencialidad de la información del registro central está protegida por las secciones 7 a través de 7J de la ley de protección infantil de Michigan (MCL 722.627-722.627 j). Cualquier persona que viole esta protección es culpable de un delito menor y es civilmente responsable de los daños y perjuicios.

El Departamento de Michigan de salud y servicios humanos (MDHHS) no discrimina a ningún individuo o grupo debido a raza, religión, edad, origen nacional, color, estatura, peso, estado civil, información genética, sexo, orientación sexual, género identidad o expresión, creencias políticas o discapacidad.

DHS 1929-SP (Rev. 4/19) Previous edition obsolete.

CENTRAL REGISTRY CLEARANCE REQUEST

CENTRAL REGISTRY CLEARANCE REQUEST
Michigan Department of Human Services

Copy Photo id here

Or

Attach a separate page

SECTION 1 INFORMATION ON PERSON BEING CLEARED

Name, (First, Middle, Last)	Signature Required for Individual Being Cleared		Date
Also Known as Name (AKA)	Social Security Number		Date of Birth
Address	City	State	Zip Code
Phone Number	Email		

☐ I am completing this for myself. ☐ I would like to pick up my results in County (For Michigan Residents Only).

SECTION 2 REQUESTER INFORMATION

Please Check Appropriate Box

☐ Employer ☐ Volunteer Agency ☐ Adoption/Foster Care Home Screening ☐ Court/Law-Enforcement/Department of Corrections/Prosecuting Attorney

☐ Other _____

Name of Agency or Organization **Berrien County Probate Court**			
Name of Requester			
Address **811 Port Street**	City **St. Joseph**	State **MI**	Zip Code **49085**
Email	Fax **(269) 982-8644**	Phone Number **(269) 983-7111 x 8365**	

Employers/Volunteer Agencies will ONLY receive responses of NO central registry if the person being cleared has approved this request with their signature. Employers/volunteer agencies will NOT receive notification if the name submitted has any central registry hits per CPL 722.627. For questions about completing this form, please contact the local Michigan Department of Health and Human Services, see attached contact list.

This clearance does not identify individuals who may have child abuse/neglect history in other states, territories or tribal trust land.

The confidentiality of central registry information is protected by Sections 7 through 7j of the Michigan Child Protection Law (MCL 722.627-722.627j). Anyone who violates this protection is guilty of a misdemeanor and is civilly liable for damages.

The Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) does not discriminate against any individual or group because of race, religion, age, national origin, color, height, weight, marital status, genetic information, sex, sexual orientation, gender identity or expression, political beliefs or disability.

STATE OF MICHIGAN PROBATE COURT COUNTY OF BERRIEN	ORDEN CON RESPECTO A LA CITA DE GUARDA DEL INDIVIDUO INCAPACITADO	NÚMERO DE ARCHIVO

En materia de _____
Primero, medio y apellido

Corte ORI	Fecha de nacimiento	Raza	Sexo	Dirección actual del individuo incapacitado
MI 110023J				

1. Fecha de la audiencia _____ Juez: _____
Número del barre

LOS HALLAZGOS DE LA CORTE:

2. El aviso de la audiencia fue dado a o renunciado por todas las personas interesadas.
☐ 3. El individuo no está necesitando un guarda.
☐ 4. Sobre la presentación de la evidencia clara y convincentemente, el individuo nombrado arriba, por causa de:
☐ enfermedad mental ☐ deficiencia mental ☐ uso crónico de drogas
☐ intoxicación crónica ☐ enfermedad física o inhabilidad ☐ _____
se deteriora al grado de carecer la suficiente comprensión o capacidad de tomar o de comunicar decisiones informadas, y es un individuo incapacitado.
☐ 5. Sobre la presentación de la evidencia clara y convincentemente, el nombramiento de un guarda es necesario como medio para el abastecimiento de cuidado de continuación y de la supervisión del individuo.
☐ 6. El individuo es ☐ parcialmente ☐ totalmente sin la capacidad de cuidar para se/ella misma.
☐ 7. No hay persona competente, conveniente que quiere actuar como guarda, y el nombramiento de un guarda profesional está en los mejores intereses del adulto. Un enlace debe ser archivado.
☐ 8. Protección financiera es necesaria para el individuo.

SE PIDE:

9. La petición para el nombramiento del guarda es ☐ se concede ☐ se niega en los méritos. ☐ se despide/se retira

☐ 10. _____, es de quién dirección y número de teléfono
Nombre (tipo o impresión)
_____,
Dirección Ciudad Estado Cierre relámpago Número de teléfono
es nombrado tutor del adulto y calificará presentando una aceptación de la cita.
a. El tutor tendrá los siguientes poderes:

☐ tutor completo con toda la autoridad y responsabilidades otorgadas e impuestas por la ley.

☐ excepto lo siguiente: _____

☐ tutor limitado con solo los siguientes poderes: _____

_____

☐ Además, el tutor tiene la autoridad de ejecutar un consentimiento por escrito para un tratamiento voluntario formal de salud mental, a menos que el individuo incapacitado lo objete.

☐ El enlace en $_____ debe ser archivado.

11. El tutor no tiene permitido actuar hasta que se emitan cartas de tutela. Después de la calificación, el tutor deberá cumplir con todos los requisitos pertinentes según la ley.

☐ 12. Al aceptar el nombramiento, el tutor deberá solicitar el nombramiento de un tutor u otra orden de protección bajo MCL 700.5401 et seq.

No escriba debajo de esta línea - para el uso de la corte solamente

Esta versión en español es solamente para su información. La versión en inglés debe usarse para el archivo del caso.

13. Si designan a un guarda, la policía del Departamento de Estado de Michigan inscribirá inmediatamente a los individuos legalmente incapacitados que identifican la información en este orden judicial en la red de información de la aplicación de ley.

☐ 14. El ☐ abogado ☐ tutor ad litem para el individuo es dado de alta.

☐ 15. **SE PIDE MÁS A FONDO:**

_____ _____
Fecha Juez

_____
Nombre del abogado (tipo o impresión) Número de la barra

_____
Dirección Ciudad Estado Cierre relámpago Número de teléfono

Approved, SCAO JIS CODE: OAG

STATE OF MICHIGAN PROBATE COURT COUNTY OF BERRIEN	ORDER REGARDING APPOINTMENT OF GUARDIAN OF INCAPACITATED INDIVIDUAL	FILE NO.

In the matter of _____
First, middle, and last name

Court ORI	Date of birth	Race	Sex	Current address of incapacitated individual

1. Date of hearing: _____ Judge: _____
Bar no.

THE COURT FINDS:

2. Notice of hearing was given to or waived by all interested persons.
☐ 3. The individual is not in need of a guardian.
☐ 4. Upon the presentation of clear and convincing evidence, the individual named above, by reason of
☐ mental illness ☐ mental deficiency ☐ chronic use of drugs
☐ chronic intoxication ☐ physical illness or disability ☐ other: _____
is impaired to the extent of lacking sufficient understanding or capacity to make or communicate informed decisions and is an incapacitated individual.
☐ 5. Upon the presentation of clear and convincing evidence, appointment of a guardian is necessary as a means of providing continuing care and supervision of the individual.
☐ 6. The individual is ☐ partially ☐ totally without the capacity to care for himself/herself.
☐ 7. There is no competent, suitable person willing to act as guardian, and the appointment of a professional guardian is in the best interests of the adult. A bond must be filed.
☐ 8. Financial protection is required for the individual.

IT IS ORDERED:

9. The petition for appointment of guardian is ☐ granted. ☐ denied on the merits. ☐ dismissed/withdrawn.
☐ 10. _____ , whose address and telephone number are:
Name (type or print)

_____
Address City State Zip Telephone no.

is appointed guardian of the adult and shall qualify by filing an acceptance of appointment.

a. The guardian shall have the following powers:
☐ full guardian with all authority and responsibilities granted and imposed by law.

☐ except as follows: _____

☐ limited guardian with only the following powers: _____

_____

☐ In addition, the guardian has the authority to execute a written consent for formal voluntary mental health treatment, unless objected to by the incapacitated individual.

☐ b. Bond of $ _____ must be filed.

11. The guardian is not permitted to act until letters of guardianship are issued. After qualification, the guardian shall comply with all relevant requirements under the law.

☐ 12. Upon acceptance of appointment, the guardian shall petition for the appointment of a conservator or for another protective order under MCL 700.5401 *et seq*.

Do not write below this line - For court use only

13. If a guardian is appointed, the Michigan Department of State Police shall immediately enter the legally incapacitated individual's identifying information in this court order on the law enforcement information network.

☐ 14. The ☐ attorney ☐ guardian ad litem for the individual is discharged.

☐ 15. **IT IS FURTHER ORDERED:**

_____ _____
Date Judge

_____
Attorney name (type or print) Bar no.

_____
Address City State Zip Telephone no.

STATE OF MICHIGAN PROBATE COURT COUNTY OF BERRIEN	LETRAS DE LA TUTELA	Número del caso

En materia de _____

Para:

Nombre, dirección, ciudad, estado, y cierre relámpago	Número de teléfono de los guardas

1. La corte le ha designado ☐ por voluntad u otra escritura atestiguada ☐ como guarda del _____ (Tipo de guarda (por completo, limitado, temporal, etc.)) individuo nombrado arriba.
2. Archivando una aceptación de la cita, usted tiene el cuidado, la custodia, y el control de eso individual:
   - ☐ a. junto con toda la autoridad y responsabilidades concedidas e impuestas por la ley.
   - ☐ b. excepto como sigue:
   - ☐ c. en cuanto a las energías y las responsabilidades siguientes solamente:

☐ 3. Estas letras de la tutela expiran encendido _____ (Fecha)

_____ _____
Fecha Juez Barre el número

_____
Nombre del abogado (tipo o impresión) Barre el número

_____
Dirección del abogado

_____
Ciudad, estado, cierre relámpago Número de teléfono

VEA EL AVISO DE DEBERES EN LA SEGUNDA PÁGINA

Certifico que he comparado esta copia con la original en archivo y que es una copia correcta del conjunto de tal original, y esta fecha, estas letras son por completo fuerza y efecto.

_____ _____
Fecha Registro/vendedor de la legalización de un testamento del diputado

NOTA DEL USO: Si este impreso se está rellenando la división de familia del tribunal de distrito, entre en por favor el nombre y el condado de la corte en la esquina izquierda superior de la forma.

No escriba debajo de esta línea - para el uso de la corte solamente

Esta versión en español es solamente para su información. La versión en inglés debe usarse para el archivo del caso.

MCL 330.1631, MCL 700.5103, MCL 700.5214, MCL 700.5215(f), (g), MCL 700.5314(a), (e), MCR 700.5417, MCR 5.202, MCR 5.402(D), MCR 5.405(C), MCR 5.406(A), MCR 5.409

AVISO DEL DEBER DE VISITAR

La ley le requiere visitar al individuo para quien usted es guarda por lo menos una vez cada tres meses.

AVISO DE LOS DEBERES DE LA INFORMACIÓN

La ley le requiere archivar con esta corte un informe escrito sobre las formas indicadas y en los tiempos indicados. Las formas están disponibles en la corte.

CAMBIO DE DIRECCIÓN: Le requieren informar puntualmente a la corte cualquier cambio en la dirección de las salas dentro de 14 días del cambio. También le requieren mantener la corte y a las personas interesadas informadas la escritura en el plazo de 7 días de cualquier cambio en su dirección.

INFORME ANUAL:
Su informe anual sobre la condición de la sala es debido en _____ de cada año. (PC 634 de la forma del uso o PC 654)
Fecha
Además, usted debe servir el informe sobre la sala y las personas interesadas según lo especificado en las reglas de la corte de Michigan y la prueba del archivo del servicio con la corte.

☐ **CUENTAS:** Usted debe archivar con esta corte una vez al año, o la fecha del aniversario de sus letras de la autoridad u otra fecha usted elige (usted debe notificar la corte de esta fecha) o más a menudo si la corte dirige, una contabilidad detallada completa de la su administración del estado. En la terminación de la inhabilidad de los individuos, usted considerará a la corte o al individuo o a ése los sucesores de los individuos**. Las cuentas se deben servir en las personas requeridas al mismo tiempo que se archivan con la corte, junto con la prueba del servicio.** (PC 583 de la forma del uso o PC 584 "Cuentas")

CURSO DEBER AL INFORME: En virtud del MCL 700.5319(2), si un conservador no ha sido designado para inmuebles del pupilo y se determina que hay más dinero o propiedad que es fácilmente convertible en efectivo en la finca del pupilo que fue estimado por el curador ad litem e informó a la corte, debe informar la cantidad de la propiedad o dinero en efectivo adicional a la corte

MUERTE DE LA SALA: Si la sala muere durante la tutela, usted debe dar la notificación escrita a la corte dentro de 14 días de la fecha de los individuos de la muerte. Si las cuentas se requieren para ser archivadas con la corte, una cuenta final se debe archivar en el plazo de 56 días de la fecha de la muerte.

DELEGACIÓN DE DEBERES: La ley le requiere notificar la corte cuando usted delega deberes bajo energía durable del abogado.

ATENCIÓN: **Las provisiones antedichas son deberes de la información solamente y no son los únicos deberes requeridos de usted.** Estas dispsiciones obligatorias son ante el tribunal reglas especificadas adoptadas por el Tribunal Supremo de Michigan. Su falta de conformarse puede requerir la corte designar a un fiduciario especial en su lugar y suspender sus energías. Esto puede dar lugar a su retiro como fiduciario. La corte es prohibida por el estatuto de darle asesoramiento jurídico.

GUARDE ESTE AVISO PARA LA REFERENCIA FUTURA

Approved, SCAO

JIS CODE: LOG

STATE OF MICHIGAN PROBATE COURT COUNTY OF BERRIEN	LETTERS OF GUARDIANSHIP	FILE NO.

In the matter of _____

TO: Name and address

Guardian's telephone no.

1. You have been appointed ☐ by will or other witnessed writing ☐ by the court as _____ guardian of the individual named above.
   Type of guardian (full, limited, temporary, etc.)

2. Having filed an acceptance of appointment, you have the care, custody, and control of that individual:

   ☐ a. together with all authority and responsibilities granted and imposed by law.

   ☐ b. except as follows:

   ☐ c. as to the following powers and responsibilities only:

☐ 3. These letters of guardianship expire on _____ .
Date

Date

Judge Bar no.

Attorney name (type or print) Bar no.

Address

City, state, zip Telephone no.

SEE NOTICE OF DUTIES ON SECOND PAGE

I certify that I have compared this copy with the original on file and that it is a correct copy of the whole of such original, and on this date, these letters are in full force and effect.

Date

Deputy probate register/clerk

USE NOTE: If this form is being filed in the circuit court family division, please enter the court name and county in the upper left-hand corner of the form.

Do not write below this line - For court use only

MCL 330.1631, MCL 700.5103, MCL 700.5214, MCL 700.5215(f), (g), MCL 700.5314(a), (e), MCL 700.5417, MCR 5.202, MCR 5.402(D), MCR 5.405(C), MCR 5.406(A), MCR 5.409

NOTICE OF DUTY TO VISIT

You are required by law to visit the individual for whom you are guardian at least once every three months.

NOTICE OF REPORTING DUTIES

You are required by law to file with this court a written report on the indicated form(s) and at the indicated times. Forms are available at the court.

CHANGE IN PLACE OF RESIDENCE: You are required to promptly inform the court of any change in the ward's residence within 14 days of the change. You are also required to keep the court and interested persons informed in writing within 7 days of any change in your address.

ANNUAL REPORT:

Your annual report on condition of ward is due on _____ of each year. (Use form PC 634 or PC 654.)
Date

In addition, you must serve the report on the ward and interested persons as specified in the Michigan Court Rules and file proof of service with the court.

☐ **ACCOUNTS:** You must file with this court once a year, either on the anniversary date of your letters of authority or on another date you choose (you must notify the court of this date) or more often if the court directs, a complete itemized accounting of your administration of the estate. On termination of the individual's disability, you shall account to the court or to the individual or that individual's successors. **The accounts must be served on the required persons at the same time they are filed with the court, along with proof of service.** (Use form PC 583 or PC 584: "Account.")

ONGOING DUTY TO REPORT: Pursuant to MCL 700.5319(2), if a conservator has not been appointed for the ward's estate and you determine that there is more cash or property that is readily convertible into cash in the ward's estate than was estimated by the guardian ad litem and reported to the court, you must report the amount of the additional cash or property to the court.

DEATH OF WARD: If the ward dies during the guardianship, you must give written notification to the court within 14 days of the individual's date of death. If accounts are required to be filed with the court, a final account must be filed within 56 days of the date of death.

DELEGATION OF DUTIES: You are required by law to notify the court when you delegate duties under a durable power of attorney.

ATTENTION: **The above provisions are reporting duties only and are not the only duties required of you**. These mandatory provisions are specified in court rules adopted by the Michigan Supreme Court. Your failure to comply may require the court to appoint a special fiduciary in your place and to suspend your powers. This may result in your removal as fiduciary. The court is prohibited by statute from giving you legal advice.

KEEP THIS NOTICE FOR FUTURE REFERENCE

STATE OF MICHIGAN PROBATE COURT COUNTY OF BERRIEN	ACEPTACIÓN DE LA CITA	Número del caso

En materia de _____

1. Me han designado _____ de la persona/del estado.
Tipo de fiduciario

2. Acepto la cita, someto a la jurisdicción personal de la corte, y acuerdo archivar informes y realizar todos los deberes requeridos.

☐ 3. Por un período de _____ días a partir de la fecha de mi cita excluyo del alcance de mi responsabilidad las propiedades
no exceder 91 días

inmobiliarias o el interés de propiedad siguientes en una entidad de negocio _____
Describa la característica verdadera o el interés comercialf

porque razonablemente creo las propiedades inmobiliarias o la otra característica poseída por la entidad de negocio es o se puede contaminar por una sustancia peligrosa, o está o se ha utilizado en una actividad directamente o indirectamente implicando una sustancia peligrosa que podría dar lugar a responsabilidad al estado o deteriore de otra manera el valor de la característica llevado a cabo por el estado.

_____
Fecha

_____ _____
Nombre del abogado (tipo o impresión) Barre el número

_____
Nombre (tipo o impresión)

_____ _____
Dirección del abogado

_____
Dirección

_____ _____
Ciudad, estado, cierre relámpago Número de teléfono

_____
Ciudad, estado, cierre relámpago Número de teléfono

_____
Fecha de nacimiento

NOTA DEL USO: Si este impreso se está rellenando la división de familia del tribunal de distrito, entre en por favor el nombre y el condado de la corte en la esquina izquierda superior de la forma.

No escriba debajo de esta línea - para el uso de la corte solamente

Esta versión en español es solamente para su información. La versión en inglés debe usarse para el archivo del caso.

MCL 700.3601, MCL 700.3602, MCL 700.5214, MCL 700.5301, MCL 700.5307, MCL 700.5412, MCL 700.7103, MCR 5.501

STATE OF MICHIGAN PROBATE COURT COUNTY OF BERRIEN	ACCEPTANCE OF APPOINTMENT	FILE NO.

In the matter of _____

1. I have been appointed _____ of the person/estate.
   Type of fiduciary
2. I accept the appointment, submit to personal jurisdiction of the court, and agree to file reports and to perform all required duties.

☐ 3. For a period of _____ days from the date of my appointment, I exclude from the scope of my responsibility the following real estate or ownership interest in a business entity: _____
   not to exceed 91 days
   Describe real property or business interest

because I reasonably believe the real estate or other property owned by the business entity is or may be contaminated by a hazardous substance, or is or has been used in an activity directly or indirectly involving a hazardous substance that could result in liability to the estate or otherwise impair the value of property held by the estate.

_____
Date

_____
Signature

_____ _____
Attorney name (type or print) Bar no.

_____
Attorney address

_____ _____
City, state, zip Telephone no.

_____
Name (type or print)

_____
Address

_____ _____
City, state, zip Telephone no.

_____
Date of birth

USE NOTE: If this form is being filed in the circuit court family division, please enter the court name and county in the upper left-hand corner of the form.

Do not write below this line - For court use only

MCL 700.3601, MCL 700.3602, MCL 700.5214, MCL 700.5301, MCL 700.5307, MCL 700.5412, MCL 700.7202, MCR 5.501

Approved, SCAO

JIS CODE: GAL

STATE OF MICHIGAN PROBATE COURT COUNTY OF BERRIEN	ORDER APPOINTING GUARDIAN AD LITEM / ATTORNEY / LAWYER-GUARDIAN AD LITEM	FILE NO.

In the matter of _____

1. It appears to the court that ☒ a guardian ad litem ☐ a lawyer-guardian ad litem ☐ an attorney should be appointed in this proceeding for the individual(s) named or described below.

IT IS ORDERED:

2. _____
Name (type or print)

_____
Address

_____
City, state, zip Telephone no.

is appointed ☐ guardian ad litem ☐ lawyer-guardian ad litem ☐ attorney

for the following individual(s):

_____

_____

in respect to the following proceedings:

Petition for Appointment of Guardian for an Incapacitated Individual

_____

☐ 3. The guardian ad litem shall meet with the individual before the hearing and, to the extent that the person can comprehend, explain the nature of the proceedings. In addition, if the matter involves a petition to appoint a guardian for a legally incapacitated individual, the guardian ad litem shall give the individual form PC 626, Notice of Rights to Alleged Incapacitated Individual, as required by MCL 700.5306a(2).

☒ 4. A written report with recommendations shall be filed with the court ☐ at least 24 hours before the hearing.
☐ _____ .
Specify other time frame

☒ 5. The guardian ad litem shall be present at the time of hearing.

6. The guardian ad litem shall have access to all records, including but not limited to, medical records, psychological and psychiatric records, any protective service reports/contacts, and other materials or documents which he or she shall request regarding this matter. The guardian ad litem shall keep all information confidential, except upon further order of the court.

7. The lawyer-guardian ad litem must comply with the provisions of MCL 712A.17d or MCL 722.24.

Date Judge Bar no.

Do not write below this line - For court use only

MCL 700.1403(d), MCL 700.5213(4), MCL 700.5219(4), MCL 700.5303(2), MCL 700.5306a(2), MCL 700.5406(1), (2), MCR 5.121, MCR 5.404(B)(2)

STATE OF MICHIGAN PROBATE COURT COUNTY OF BERRIEN	ORDER APPOINTING GUARDIAN AD LITEM / ATTORNEY / LAWYER-GUARDIAN AD LITEM	File No.

Court Address — Court telephone no.

☐ Berrien County Courthouse, 811 Port Street, St. Joseph, MI 49085-1188 ..... (269) 983-7111

☐ South County Building, 1205 North Front Street, Niles, MI 49120-1699..... (269) 684-5274

In the matter of _____, individual with an alleged developmental disability

1. It appears to the court that ☐ a guardian ad litem ☐ a lawyer-guardian ad litem ☐ an attorney should be appointed in this proceeding for the individual(s) named or described below.

IT IS ORDERED:

2. _____
Name (type or print)

_____
Address

_____
City, state, zip — Telephone no.

is appointed ☐ guardian ad ☐ litem lawyer-guardian ad litem ☒ attorney

for the following individual(s):

_____

_____

in respect to the following proceedings:

Petition for Appointment of Guardian, Individual with Alleged Developmental Disability

_____

☒ 3. The guardian ad litem shall meet with the individual before the hearing and, to the extent that the person can comprehend, explain the nature of the proceedings. In addition, if the matter involves a petition to appoint a guardian for a legally incapacitated individual, the guardian ad litem shall give the individual form PC 626, Notice of Rights to Alleged Incapacitated Individual, as required by MCL 700.5306a(2).

☐ 4. A written report with recommendations shall be filed with the court ☐ at least 24 hours before the hearing.
☐ _____.
Specify other time frame

☒ 5. The guardian ad litem shall be present at the time of hearing.

6. The guardian ad litem shall have access to all records, including but not limited to, medical records, psychological and psychiatric records, any protective service reports/contacts, and other materials or documents which he or she shall request regarding this matter. The guardian ad litem shall keep all information confidential, except upon further order of the court.

7. The lawyer-guardian ad litem must comply with the provisions of MCL 712A.17d or MCL 722.24.

_____ _____
Date — Judge / Bar No.

Do not write below this line – For court use only

MCL 700.1403(d), MCL 700.5213(4), MCL 700.5219(4), MCL 700.5303(2), MCL 700.5306a(2), MCL 700.5406(1), (2), MCR 5.121, MCR 5.404(B)(2)

Approved, SCAO JIS CODE: NOH

STATE OF MICHIGAN PROBATE COURT COUNTY OF BERRIEN	AVISO DE LA AUDIENCIA (Cura de citas para un adulto incapacitado)	FILE NO.

En materia de _____
Primero, segundo y último nombre

AVISO DE LA TOMA: Una audiencia será llevada a cabo en _____, en el _____,
Fecha Tiempo

en el ☐ Berrien County Courthouse, 811 Port St., St. Joseph, MI 49085
☐ South County Building, 1205 N. Front St., Niles, MI 49120 antes del juez _____
Localización Número de la barra

para los propósitos siguientes: (indique la naturaleza de la audiencia).

Petición de nombramiento de tutela para un adulto incapacitado

Si usted requiere comodidades especiales utilizar la corte debido a una inhabilidad, o si usted requiere a un intérprete del idioma extranjero ayudarle completamente a participar ante el tribunal los procedimientos, entre en contacto con por favor la corte inmediatamente para tomar medidas.

_____
Fecha

_____ _____
Nombre del abogado Número de la barra

Nombre del solicitante

_____
Dirección

Dirección

_____ _____
Ciudad, estado, cierre relámpago Número de teléfono

Ciudad, estado, cierre relámpago Número de teléfono

NOTA DE USO AL TRIBUNAL: si esta audiencia es un asunto de tutela que implican un niño indio, tal como se define en 3.002(12) MCR, deben cumplir con MCR5.109(2).

NOTA DE USO: Si este formulario está siendo presentada en la división familiar del Tribunal de circuito, introduzca el nombre de la Corte y el país en la esquina superior izquierda del formulario.

No escriba debajo de esta línea - para el uso de la corte solamente

Esta versión en español es solamente para su información. La versión en inglés debe usarse para el archivo del caso.

Approved, SCAO JIS CODE: NOH

STATE OF MICHIGAN PROBATE COURT COUNTY OF BERRIEN	NOTICE OF HEARING (Appointment Guardianship for an Incapacitated Adult)	FILE NO.

In the matter of _____
First, middle, and last name

TAKE NOTICE: A hearing will be held on _____ at _____
Date Time

at ☐ Berrien County Courthouse, 811 Port St., St. Joseph, MI 49085
☐ South County Building, 1205 N. Front St., Niles, MI 49120 before Judge _____
Location Bar No.

for the following purposes (state the nature of the hearing)

Petition for Appointment of Guardianship for an Incapacitated Adult

If you require special accommodations to use the court because of a disability, or if you require a foreign language interpreter to help you fully participate in court proceedings, please contact the court immediately to make arrangements.

_____
Date

_____ _____
Attorney name Bar no. Petitioner name

_____ _____
Address Address

_____ _____
City, state, zip Telephone no. City, state, zip Telephone no.

USE NOTE TO COURT: If this hearing is for a guardianship matter involving an Indian child as defined in MCR 3.002(12), you must comply with MCR 5.109(2).

USE NOTE: If this form is being filed in the circuit court family division, please enter the court name and county in the upper left-hand corner of the form.

Do not write below this line – For court use only

Approved, SCAO JIS CODE: PSV

STATE OF MICHIGAN PROBATE COURT COUNTY OF BERRIEN	PRUEBA DEL SERVICIO	FILE NO.

En materia de _____

1. Los títulos de los papeles sirvieron o enviaron _____

_____

☐ 2. Según la regla de la corte, serví ☐ correos del correo de primera clase ☐ colocado (copia del recibo de vuelta atada) ☐ certificados correos (copia del recibo de vuelta atada) los papeles descritos arriba encendido:

Nombre	Termine la dirección del servicio	Fecha

☐ 3. Según la regla de la corte, serví por servicio personal los papeles descritos arriba encendido:

Nombre	Termine la dirección del servicio	Fecha y tiempo

☐ 4. Después de que sea diligente búsqueda e investigación, haya no podido encontrar y servir a las personas interesadas siguientes. He servido a estas personas por la publicación. Se atan las copias de la forma PC 617.

_____

_____

_____

Declaro bajo penas del perjurio que esta prueba del servicio ha sido examinada por mí y que es verdad su contenido al mejor de mi información, conocimiento, y creencia.

Honorario de servicio $	Las millas viajaron	Honorario $	
Honorario de la dirección incorrecta $	Las millas viajaron	Honorario $	**Honorario total** $

_____
Firma

_____
Fecha

Nota de uso: si este formulario está siendo presentada en la división familiar del Tribunal de circuito, introduce la Corte nombre y condada en la esquina superior izquierda del formulario.

No escriba debajo de esta línea - para el uso de la corte solamente

Esta versión en español es solamente para su información. La versión en inglés debe usarse para el archivo del caso.

Approved, SCAO JIS CODE: PSV

STATE OF MICHIGAN PROBATE COURT COUNTY OF BERRIEN	PROOF OF SERVICE	FILE NO.

In the matter of _____

1. Titles of the papers served or mailed Petition to Appoint a Guardian for an Incapacitated Adult and Notice of Hearing

☐ 2. According to court rule, I served by ☐ first-class mail ☐ registered mail (copy of return receipt attached) ☐ certified mail (copy of return receipt attached) the papers described above on:

Name	Complete address of service	Date

☐ 3. According to court rule, I served by **personal service** the papers described above on:

Name	Complete address of service	Date

☐ 4. After diligent search and inquiry, I have been unable to find and serve the following interested persons. I have served these persons by publication. Attached are copies of form PC 617.

_____

_____

_____

I declare under the penalties of perjury that this proof of service has been examined by me and that its contents are true to the best of my information, knowledge, and belief.

Service fee	Miles Traveled	Fee	
$		$	
Incorrect address fee	Miles Traveled	Fee	**TOTAL FEE**
$		$	$

_____
Date

_____
Signature

_____
Name (type or print)

USE NOTE: If this form is being filed in the circuit court family division, please enter the court name and county in the upper left-hand corner of the form

Do not write below this line - For court use only

Approved, SCAO JIS CODE: PGL

STATE OF MICHIGAN PROBATE COURT BERRIEN COUNTY CIRCUIT COURT - FAMILY DIVISION	SOLICITE PARA LA CITA DEL ANUNCIO LITEM/ANUNCIO PROCURADOR/ABOGADO LITEM DEL GUARDA DEL GUARDA	Número de archivo

En materia de _____

1. Estoy interesado en esta materia y hago esta petición como _____
(Interés/relación del estado)

2. Represento a esa _____
Nombre(s)

es/son interesado en la audiencia en _____

☐ 3. Es necesario que un litem del anuncio del guarda del abogado sea designado por la corte para representar al menor de edad, _____, cuyos intereses son o se pueden representar inadecuado en el procedimiento de menor importancia de la tutela.

☐ 4. Es necesario y en los mejores intereses de la persona esa ☐ un abogado ☐ un litem del anuncio del guarda se designe para representar _____ en la audiencia y en todas las audiencias futuras porque la persona es ☐ un menor de edad. ☐ individuo incapacitado. ☐ individuo protegido. ☐ otro _____

5. **PIDO:**

☐ a. Designen _____, _____
Nombre Dirección

_____ o a alguna otra persona conveniente ☐ abogado ☐ litem del anuncio del guarda del abogado ☐ litem del anuncio del guarda para el individuo para los propósitos indicados arriba.

☐ b. designen a una persona conveniente litem del anuncio del guardina debajo de MCL 700.5108.

Declaro bajo penas del perjurio que esta petición ha sido examinada por mí y que es verdad su contenido al mejor de mi información, conocimiento, y creencia.

_____
Fecha

_____ _____
Firma del abogado Firma del solicitante

_____ _____
Nombre (tipo o impresión) Barre el número Nombre del solicitante (tipo o impresión)

_____ _____
Dirección Dirección

_____ _____
Ciudad, estado, cierre relámpago Ciudad, estado, cierre relámpago

No escriba debajo de esta línea - para el uso de la corte solamente

Esta versión en español es solamente para su información. La versión en inglés debe usarse para el archivo del caso.

MCL 700.1403(d), MCL 700.5108, MCL 700.5208(2)(c), MCL 700.5213(4), MCL 700.5219(4), MCL 700.5406, MCR 5.121

Approved, SCAO JIS CODE: PGL

STATE OF MICHIGAN PROBATE COURT COUNTY OF BERRIEN CIRCUIT COURT - FAMILY DIVISION	PETITION FOR APPOINTMENT OF GUARDIAN AD LITEM / ATTORNEY / LAWYER GUARDIAN AD LITEM	FILE NO.

In the matter of _____

1. I am interested in this matter and make this petition as _____
State interest/relationship

_____.

2. I represent that _____
Name(s)

_____

is/are interested in the hearing on _____

_____

☐ 3. It is necessary that a lawyer guardian ad litem be appointed by the court to represent the minor,

_____ , whose interests are or may be inadequately represented in the minor guardianship proceeding.

☐ 4. It is necessary and in the best interests of the person that ☐ an attorney ☐ a guardian ad litem be appointed to represent

_____ at the hearing and at all future hearings because the person is a
☐ minor. ☐ incapacitated individual. ☐ protected individual. ☐ other _____

5. **I REQUEST:**

☐ a. _____ , _____
Name Address

_____ or some other suitable person be appointed ☐ attorney ☐ lawyer guardian ad litem ☐ guardian ad litem

for the individual for the purposes stated above.

☐ b. a suitable person be appointed guardian ad litem under MCL 700.5108.

I declare under the penalties of perjury that this petition has been examined by me and that its contents are true to the best of my information, knowledge, and belief.

_____
Date

_____
Attorney signature

_____
Petitioner signature

_____
Name (type or print) Bar no.

_____
Petitioner name (type or print)

_____
Address

_____
Address

_____
City, state, zip

_____
City, state, zip

Do not write below this line - For court use only

MCL 700.1403(d), MCL 700.5108, MCL 700.5208(2)(c), MCL 700.5213(4), MCL 700.5219(4), MCL 700.5406, MCR 5.121