

Cause No. \_\_\_\_\_

In the Guardianship of \_\_\_\_\_, § In Constitutional County Court  
§ of  
An Incapacitated Person § Palo Pinto County, Texas

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

**REPORT ON THE CONDITION AND WELL-BEING OF A WARD**  
***(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 aprobación 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ to \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.  
*(El período que cubre este Informe es desde) mes día año a mes día año*

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 día, el Tutor en este asunto declaró lo siguiente bajo pena de perjurio, declarando que cada declaración es verdadera y correcta.)*

1. WARD: Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
*(Persona incapacitada)(Nombre) (Edad)*

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
*(Fecha de Nacimiento) (Teléfono)*

Address (no P.O. Box) \_\_\_\_\_  
*(Domicilio (no usar apartado postal))*

City/State/Zip: \_\_\_\_\_  
*(Ciudad/Estado/Código postal)*

Is this a new address?  Yes  No  
*¿Es esta una nueva dirección? (Sí) (No)*

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

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

Name(s): \_\_\_\_\_ Age(s): \_\_\_\_\_  
(Nombre(s)) (Edad(es))

Date(s) of Birth: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
(Fecha(s) de Nacimiento) (Teléfono)

Email address: \_\_\_\_\_  
(Correo electrónico)

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

City/State/Zip: \_\_\_\_\_  
(Ciudad/Estado/Código postal)

Is this a new address?  Yes  No  
¿Esta es una nueva dirección? (Sí) (No)

Relationship to Ward: \_\_\_\_\_  
(Su relación 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 período que conforma este informe, ¿ha sido usted condenado por un delito mayor o menor que no sea una infracción de tránsito menor?*

Yes  No  
(Sí) (No)

If YES, explain: \_\_\_\_\_  
*Si respondió "sí", 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 algún programa de tutela o el Departamento de Servicios para Personas Mayores y Personas con discapacidad, ¿ha sido investigado por la Comisión de Certificaciones del Poder Judicial durante el último año de informe?*

YES  NO  
(Sí) (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 continuación. Si este no es su informe final, pase al Núm. 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 cumplió 18 años de edad)*
- the Ward died  
*(La persona incapacitada falleció)*

- Other (explain) \_\_\_\_\_  
*Otro (explique) \_\_\_\_\_*

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

- YES  NO  
*(Sí) (No)*

Name of Proposed Successor Guardian: \_\_\_\_\_  
*(Nombre del tutor sucesor propuesto):*

Age: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
*(Edad) (Fecha de Nacimiento) (Teléfono)*

Address: \_\_\_\_\_  
*(Domicilio)*

City/State/Zip: \_\_\_\_\_  
*(Ciudad/Estado/Código postal)*

- B. If because the Ward has reached 18 years of age, attach birth certificate.  
*(Si es porque cumplió los 18 años 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 falleció, adjunte el acta de defunción.)*

4. Do you reside with the Ward?  YES  NO  
*¿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 cuántas veces lo visitó el año 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<br>(Hogar propio de la Persona incapacitada)  | <input type="checkbox"/> Foster home<br>(Hogar de cuidado temporal) |
| <input type="checkbox"/> Guardian's home<br>(Hogar del tutor)  | <input type="checkbox"/> Boarding home<br>(Casa de huéspedes)       |
| <input type="checkbox"/> Relative's home (give relative's name) _____<br>(Hogar de un pariente (indique el nombre del pariente)) |   |

or in the type of facility checked below:

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

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

Please provide the NAME of the facility: \_\_\_\_\_

*(Proporcione el NOMBRE del lugar)*

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

*(¿Cuánto 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?)*

*(Sí) (No)*

If YES, explain: \_\_\_\_\_

*(Si la respuesta es sí, 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 del Seguro Social sí 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: \_\_\_\_\_

*(Monto anual de los ingresos de la Persona incapacitada)*

(monthly x 12)

*(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**?  
(Además del Tutor de la persona, ¿hay algún 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  
(Sí) (No) guardianship of the estate.

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

If you answered "NO" to question 8  
(Si respondió "NO" a la 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 del patrimonio de la Persona incapacitada, responda las siguientes preguntas y adjunte información 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 algún mandato judicial que usted administre fondos de la Persona incapacitada **que no sean fondos del Seguro Social**?)

YES  NO  
(Sí) (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 administración 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 del Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o del Beneficio por Jubilación del Seguro Social de la Persona incapacitada?)

YES  NO  
(Sí) (No)

If NO, provide name of representative payee: \_\_\_\_\_  
(Si NO, proporcione el nombre del representante del beneficiario)

If you answered "YES" to question 8

(Si respondió "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 del patrimonio de la Persona incapacitada?) (Sí) (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 del tutor del patrimonio?)*

YES  NO  
*(Sí) (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  
*(Sí) (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: \_\_\_\_\_  
(Médico) (Nombre)

Describe: \_\_\_\_\_  
(Describe)

**Does the Ward see this doctor on a regular basis?**  YES  NO  
(¿Este médico atiende a la Persona incapacitada con regularidad?) (Sí) (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 está 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 está tomando para fomentar al máximo el desarrollo de la Persona incapacitada como alguien independiente y autosuficiente. Describa (incluya el nombre del 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 del proveedor y la ubicación 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 los 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 **SÍ TIENE** capacidad, o tiene capacidad suficiente con apoyos y servicios, para (marque uno)):*

1. complete restoration of the Ward's capacity  YES  NO  
*(restauración completa de la capacidad de la persona incapacitada) (Sí) (No)*

**OR (O)**

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



de la capacidad de la Persona incapacitada o la modificación de la tutela según el Capítulo 1202)): \_\_\_\_\_

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

(Condiciones sociales: Durante el año 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.

¿Qué hace la Persona incapacitada durante el día? Tenga en cuenta que para cada tipo de actividad marcada, **debe detallar las actividades** (por ejemplo, películas, boliche, Olimpiadas Especiales, iglesia, salir a comer, etc.). No deje en blanco ni escriba el nombre del centro residencial sin más detalles.

- Recreational (describe): \_\_\_\_\_  
(Actividades recreativas) (describa)
- Educational (describe): \_\_\_\_\_  
(Actividades académicas) (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 año pasado, la salud mental de la Persona incapacitada:)

- Remained about the same  
(Permanece igual)
- Improved (describe): \_\_\_\_\_  
(Mejóro) (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 detención de emergencia de la Persona incapacitada de conformidad con el Código de Salud y Seguridad de Texas. (Ejemplo: una solicitud de hospitalización de emergencia de la Persona incapacitada por razones de seguridad o salud mental). Si HA SOLICITADO una detención de emergencia, indique cuántas veces y las fechas*)

---

---

---

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

(*Durante el año pasado, la salud física 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 situación de la vivienda de la Persona incapacitada es:*)

Excellent  Average  Below Average

(*Excelente*) (*Promedio*) (*Inferior*)

If below average, explain: \_\_\_\_\_

(*Si respondió "inferior", explique el motivo:*)

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

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

Happy/Content with living situation

(*Feliz o conforme con la situación de su vivienda*)

Unhappy with living situation

(*Inconforme con la situación 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 alimentación, vivienda o atención médica). Si ha indicado que la persona incapacitada SÍ 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 casilla que aparece a continuación para declarar que usted ya cumplió con la obligación especificada o que lo hará dentro del 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 haré dentro de una semana a partir de la fecha en que firme este Informe: Yo le he comunicado o le comunicaré 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 continuación, modificación o extinción 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 recibirá de mi parte una copia de este Informe anual dentro de 30 días 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/jbcc/register-a-guardianship>.

*(Declaro que he registrado esta tutela ante la Comisión de Certificaciones del Poder Judicial en <https://www.txcourts.gov/jbcc/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 esté 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 período 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 período de informe (explique))*

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

*(Depositó 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 Report. 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 del 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 del 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 página para llenar a mano.)**

I, \_\_\_\_\_, the Guardian of the Person for  
(Yo) (Write Name of Guardian of the Person) (Escriba el nombre del Tutor de la Persona), (Tutor de la Persona de)

\_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.  
(Firmado este) (mes, día) (año)

\_\_\_\_\_  
Signature of Guardian  
(Firma del Tutor)

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

I, \_\_\_\_\_, the Guardian of the Person for  
(Yo) (Write Name of Guardian of the Person) (Escriba el nombre del 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, declaro bajo pena de perjurio que el Informe Anual anterior es verdadero y correcto.)

Executed on \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.  
(Firmado este) (mes, día) (año)

\_\_\_\_\_  
Signature of Guardian  
(Firma del Tutor)

**Mail to (Envío por correo):**  
Palo Pinto County Clerk's Office  
Probate Division  
PO Box 219  
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 **preséntelo electrónicamente** en la oficina del secretario.)

# **Probate Guardianship Letter Request Form**

## ***Solicitud de carta de tutela***

**Customer Name(s):** \_\_\_\_\_

*(Nombre(s) del cliente:)*

**Guardianship of:** \_\_\_\_\_

*(Tutela de:)*

**Cause No.** \_\_\_\_\_

*(Número del 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 identificación válida con foto)*

\_\_\_\_\_ **Check here if you would like a copy of the Order Approving Annual Report**  
*(Marque aquí 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 presentación y emisión de los documentos de tutela están sujetas a cambios frecuentes.*
- ***Si planea pagar por adelantado***, por favor comuníquese con la División de Sucesiones de la Oficina del Secretario del Condado de Palo Pinto al 940-659-1277, y un secretario calculará su saldo total. De lo contrario, una vez que se haya completado su solicitud, un empleado se comunicará con usted con el monto total adeudado.
- ***Si usted tiene una declaración 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:** \_\_\_\_\_