

Formulario 4-996. Reporte del tutor.

[Para usar con la regla 1-140 NMRA]

ESTADO DE NUEVO MÉXICO

CONDADO DE _____

_____ DISTRITO JUDICIAL

En el asunto de _____,
una persona protegida.

Núm. _____

REPORTE DEL TUTOR.

Instrucciones

*Debe utilizar este formulario, el formulario 4-996 NMRA, cuando presente una **Reporte del tutor**. El propósito de este **Reporte del tutor** es proporcionar al tribunal con información sobre un adulto para quien se ha designado un tutor.*

1. *Debe completar y presentar este **Reporte del tutor**, de la siguiente manera:*
 - a. *Dentro de los noventa (90) días de su nombramiento como tutor por parte del tribunal;*
 - b. *Cada año dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de aniversario de su nombramiento como tutor;*
 - c. *Dentro de los treinta (30) días de su renuncia, remoción o terminación como tutor; y*
 - d. *Según lo ordene el tribunal.*
2. *Escriba o imprima claramente con tinta.*
3. *Complete todas las secciones de este reporte que correspondan y responda todas las preguntas de manera exhaustiva.*
4. *Adjunte páginas adicionales si es necesario.*
5. *Después de completar este reporte debe firmarlo bajo pena de perjurio.*
6. *Se deben entregar copias de este Reporte a la persona protegida, al curador de la persona protegida, si se ha designado uno, y a cualquier otra persona especificada por el tribunal.*
7. *Guarde una copia de este reporte para sus registros.*
8. *Si proporciona información financiera en la Sección (IV) (D) de este reporte, debe conservar una copia de **TODAS TODOS** los registros financieros de la Persona protegida durante siete (7) años y ponerlos a disposición del tribunal cuando los solicite.*

TIPO DE REPORTE: 90 días Anual Final

Fecha de su nombramiento como tutor: _____

Si este es un **Reporte final**, marque la casilla a continuación que explica por qué está llenando un **Reporte final**, y complete la información solicitada. Si este no es un reporte final, pase a la Sección I.

- La persona protegida ha fallecido (*adjunte una copia del certificado de defunción si está disponible*). Lugar y fecha de muerte:
Nombre del representante personal, si es designado: _____
Dirección _____
- El tribunal ha nombrado a un nuevo tutor.
Nombre del nuevo tutor: _____
Dirección y número de teléfono del nuevo tutor: _____
- El tribunal ha emitido una orden que pone fin a la tutela.
- Otro (*por favor explique*): _____

SECCIÓN I - Información sobre la persona protegida.

- A. Nombre de la persona protegida: _____
- B. Edad de la persona protegida: _____
- C. Dirección física de la persona protegida: _____
Dirección postal (si es diferente): _____
- D. Número(s) de teléfono de la persona protegida y otra información de contacto:
Casa: _____ Celular: _____
Trabajo: _____ Fax: _____
Correo electrónico: _____
- E. ¿Ha cambiado la residencia de la persona protegida en los últimos 12 meses?
 Sí No
En caso afirmativo, por favor explique la razón: _____

F. ¿Ha cambiado la residencia de la persona protegida en los últimos 12 meses?

Sí No Desconocido

En caso afirmativo, por favor explique la razón: _____

G. ¿La persona protegida vive en una instalación?

Sí En caso afirmativo, complete la Parte A a continuación (no complete la Parte B).

No Si la respuesta es no, complete la Parte B a continuación (no complete la Parte A).

PARTE A

Complete la Parte A solo si la persona protegida vive en una instalación.

H. ¿En qué tipo de instalación vive la persona protegida?

Centro de vida asistida

Casa de grupo

Centro de enfermería con licencia

Otro (*por favor explique*) _____

I. Nombre de la instalación: _____

Nombre de la persona de contacto de la instalación: _____

Dirección física de la instalación: _____

Información de contacto de la instalación: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

J. ¿Cómo se paga la instalación? _____

K. ¿Tiene alguna inquietud sobre la calidad de la atención que recibe la Persona protegida en las siguientes áreas?

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Limpieza | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Nutrición / Comidas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cuidado personal | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Privacidad | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Planes de atención individualizados | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Seguridad | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Si marcó sí a cualquiera de las preguntas anteriores, explique por favor: _____

- L. ¿Se le ha restringido a la persona protegida comunicarse, visitar o interactuar con otras personas?

Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

¿Cuáles son las razones de las restricciones? _____

¿Quién impuso las restricciones? _____

¿Cuándo se impusieron las restricciones? _____

¿Siguen vigentes las restricciones? Sí No

- M. ¿Se ha restringido a otras personas comunicarse, visitar o interactuar con la persona protegida? Sí No

En caso afirmativo, describa las restricciones: _____

¿Cuáles son las razones de las restricciones? _____

¿Quién impuso las restricciones? _____

¿Cuándo se impusieron las restricciones? _____

¿Siguen vigentes las restricciones? Sí No

N. ¿Por qué se eligió esta instalación para la Persona protegida? _____

O. ¿Cómo se siente la persona protegida con respecto a la colocación? _____

P. ¿Cree que la Persona protegida podría vivir y funcionar de manera más independiente en un tipo de entorno diferente? Sí No

Por favor explique su respuesta: _____

Q. ¿Ha intentado cambiar la residencia de la Persona protegida en el último año?

Sí No

Si es así, ¿cuál fue el resultado? _____

¿Cómo se siente la persona protegida con el cambio de residencia? _____

FIN DE LA PARTE A: si completó la Parte A, pase a la Sección II.

PARTE B

Complete la Parte A solo si la persona protegida vive en una instalación.

H. Describa el arreglo de vivienda de la persona protegida: _____

I. ¿La persona protegida vive con usted?

a. En caso afirmativo, ¿le cobra a la Persona protegida alojamiento y comida? Sí No

b. Si es así, ¿cuánto por mes? _____

J. ¿Quién cuida a la persona protegida? _____

Dirección física del cuidador: _____

Información de contacto del cuidador:

Teléfono: Correo electrónico: _____

K. ¿Tiene alguna inquietud sobre la calidad de la atención que recibe la Persona protegida en las siguientes áreas?

Limpieza Sí No

Nutrición / Comidas Sí No

Cuidado personal Sí No

Privacidad Sí No

Seguridad Sí No

Otro: _____ Sí No

Si marcó sí a cualquiera de las preguntas anteriores, explique por favor: _____

L. Enumere todas las personas que viven con la persona protegida y su relación con la persona protegida: _____

M. ¿Alguien se ha mudado dentro o fuera de la residencia de la persona protegida durante los últimos 12 meses? Sí No

En caso afirmativo, explique por qué (*adjunte páginas adicionales si es necesario*): _____

N. Enumere a cualquier persona que viva con la persona protegida y se le pague por brindar servicios a la persona protegida. (*adjunte páginas adicionales si es necesario*)

Nombre: _____

Relación con la persona protegida: _____

Tipos de servicios: _____

Pago: _____ Fuente de pago: _____

O. ¿Tiene inquietudes sobre alguien que viva con la Persona protegida?

Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

P. ¿Por qué se eligió este arreglo de vivienda para la persona protegida? _____

Q. ¿Cómo se siente la persona protegida con respecto al arreglo de vivienda? _____

R. ¿Cree que la persona protegida podría vivir y funcionar de manera más independiente en un tipo de entorno diferente? Sí No

Por favor explique su respuesta: _____

S. ¿Ha intentado cambiar la residencia de la persona protegida en el último año?

Sí No

Si es así, ¿cuál fue el resultado? _____

¿Cómo se siente la persona protegida con el cambio de residencia? _____

- T. ¿Se le ha restringido a la persona protegida comunicarse, visitar o interactuar con otras personas? Sí No

En caso afirmativo, describa las restricciones: _____

¿Cuáles son las razones de las restricciones? _____

¿Quién impuso las restricciones? _____

¿Cuándo se impusieron las restricciones?

¿Siguen vigentes las restricciones? Sí No

- U. ¿Se ha restringido a otras personas comunicarse, visitar o interactuar con la persona protegida? Sí No

En caso afirmativo, describa las restricciones: _____

¿Cuáles son las razones de las restricciones? _____

¿Quién impuso las restricciones? _____

¿Cuándo se impusieron las restricciones? _____

¿Siguen vigentes las restricciones? Sí No

FIN DE LA PARTE B - Continúe con la Sección II.

SECCIÓN II - Salud de la persona protegida.

- A. Describa la salud física actual de la persona protegida:

Mala Razonable Bien Excelente

Por favor explique: _____

Describa cualquier cambio en la salud física de la Persona protegida en los últimos 12 meses: _____

Describa cualquier tratamiento médico que haya recibido la Persona protegida en los últimos 12 meses: _____

B. Describa la salud mental actual de la persona protegida:

Mala Razonable Bien Excelente

Por favor explique: _____

Describa cualquier cambio en la salud mental de la persona protegida en los últimos 12 meses: _____

Describa cualquier tratamiento de salud mental que la Persona protegida haya recibido en los últimos 12 meses: _____

C. ¿Está la persona protegida bajo el cuidado habitual de un proveedor de atención médica?

Sí No

En caso afirmativo, identifique a los proveedores de atención médica de la Persona protegida:

Proveedor de atención primaria: _____

Dentista: _____

Profesional de salud mental: _____

Otro: _____

D. ¿Cómo se siente la Persona protegida con respecto a estos proveedores de atención médica? _____

E. ¿Asiste a las citas médicas y / o de salud mental de la persona protegida?

Sí No

Si no, ¿por qué no? _____

SECCIÓN III - Servicios y actividades de la persona protegida.

A. ¿Recibe la Persona protegida servicios de apoyo, incluidos beneficios públicos?

Sí No

En caso afirmativo, enumere: _____

B. ¿Está en contacto regular con los proveedores de servicios de apoyo de la persona protegida?

Sí No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia y de qué manera? _____

Si no, ¿por qué no? _____

C. ¿Participa la persona protegida en la selección de los servicios de la persona protegida?

Sí No

En caso negativo, por favor explique: _____

D. ¿La persona protegida participa en el desarrollo del plan de atención o plan de servicio de la persona protegida? Sí No

Si no, ¿por qué no? _____

E. ¿La persona protegida participa en actividades sociales, como reuniones familiares, eventos locales, servicios de adoración o grupos comunitarios? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

Si no, ¿por qué no? _____

SECCIÓN IV - Estado financiero de la persona protegida.

A. ¿Tiene la persona protegida un curador? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre y la información de contacto del curador? _____

B. ¿Es usted responsable del dinero de la persona protegida en su función de tutor?

Sí No

En caso afirmativo, ¿mantiene el dinero de la Persona protegida y su dinero en cuentas separadas? Sí No

Si usted es responsable del dinero de la Persona protegida, debe mantener el dinero de la Persona protegida en una cuenta separada de la suya y la de los demás.

Si no está haciendo esto, ¿por qué no? _____

C. ¿Es usted responsable del dinero de la persona protegida en cualquier otra capacidad o función (por ejemplo, representante beneficiario, fiduciario de VA, poder notarial, fideicomisario)?

Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

Si no es responsable del dinero de la Persona protegida en ninguna otra capacidad o función, el nombre, función e información de contacto de quienes sí lo son: _____

D. Si usted es responsable del dinero de la Persona protegida, complete el siguiente resumen de la actividad financiera **desde su cita o último reporte:**

Saldo de las cuentas bancarias de la Persona protegida en la fecha de su cita o último Reporte (ahorros, cheques, CD, mercado monetario, etc.)	\$	
--	----	--

Más (+) dinero anual recibido de cualquier fuente en nombre de la Persona protegida (Seguro Social, SSI, pensión, discapacidad, intereses, etc.)	+	
Menos (-) tarifas totales anuales para los cuidadores	-	
Menos (-) dinero total anual pagado a la Persona Protegida (necesidades personales, etc.)	-	
Menos (-) cuotas anuales totales pagadas al tutor	-	
Menos (-) anual cualquier otro gasto (alojamiento y comida, seguro, mantenimiento, etc.)	-	
Saldo final de cuentas bancarias	\$	
<i>Si es responsable del dinero de la Persona protegida, debe conservar una copia de TODOS los registros financieros de la Persona Protegida durante siete años y ponerlos a disposición del tribunal cuando lo solicite.</i>		

E. ¿Está empleada la persona protegida? Sí No

En caso afirmativo, identifique el empleador, el cargo y los salarios de la Persona protegida: _____

¿Tiene la persona protegida control sobre estos salarios? Sí No

Si no, ¿por qué no? _____

F. Describa los esfuerzos para permitir que la Persona protegida tome decisiones financieras: _____

G. ¿Ha habido cambios significativos en la capacidad de la Persona protegida para administrar las finanzas? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

H. ¿Ha habido cambios significativos en la situación financiera de la Persona protegida, como un acuerdo, herencia, ganancias de lotería, hipoteca inversa, etc.?

Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

SECCIÓN V - Información sobre la tutela.

A. Describa las decisiones importantes que haya tomado para la Persona protegida en los últimos 12 meses (por ejemplo, cambio de proveedores de atención médica, inscripción en un hospicio, interrupción del tratamiento, cirugía, etc.): _____

B. ¿Con qué frecuencia y de qué manera(s) está en contacto con la Persona protegida? _____

C. ¿Cuándo fue la última vez que estuvo en contacto con la Persona protegida? _____

D. Describa cualquier problema significativo o necesidad insatisfecha de la Persona protegida que no se describa en otra parte: _____

E. ¿La Persona protegida cree que la tutela debe cambiarse o terminarse? Sí No
En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

¿Ha informado a la Persona protegida que la Persona protegida puede comunicarse con el tribunal para solicitar el cambio o la rescisión de la tutela? Sí No

Si no, ¿por qué no? _____

F. ¿Cree que la tutela debería cambiarse o darse por terminada?
 Sí No

En caso afirmativo, tiene la obligación de presentar una solicitud por escrito por separado solicitando al tribunal que programe una conferencia de estado para revisar la tutela.

G. ¿Cómo se siente la persona protegida con respecto a la tutela? _____

H. ¿Hay algo más que le gustaría decirle al tribunal sobre la tutela? _____

SECCIÓN VI - Información sobre el tutor.

Para los propósitos de esta sección, "tutor" significa una persona o entidad corporativa designada por el tribunal, e incluye a cualquier persona que trabaje para una entidad corporativa que sea responsable de la Persona protegida.

A. ¿Sirve como tutor de más de dos miembros que no son familiares? Sí No

B. Si sí, ¿está certificado con el Centro de certificación de tutela? Sí No

En caso afirmativo, adjunte una copia de su Certificación a este Reporte.

C. ¿Tiene el tutor algún problema importante de salud física o mental que pudiera interferir con la capacidad de continuar como tutor durante el próximo año? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

D. ¿El tutor cobra una tarifa o recibe un pago por actuar como tutor de la Persona protegida?
 Sí No

En caso afirmativo, ¿cuánto ha recibido el tutor desde el último Reporte del tutor (o desde la designación del tutor si este es el primer Reporte del tutor)? _____

¿Cómo se calcula la tarifa o el pago del tutor? _____

¿Quién paga los honorarios del tutor? _____

E. Desde el último Reporte del tutor (o desde la designación del tutor si este es el primer Reporte del tutor), el tutor,

1. ¿Ha sido arrestado, acusado o condenado por algún delito mayor o menor?

Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

2. ¿Ha sido investigado por el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (CYFD), Servicios de Protección para Adultos (APS), Servicio de Impuestos Internos (IRS) o cualquier otra agencia gubernamental?

Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

3. ¿Se declaró en quiebra o recibió protección de los acreedores?

Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

4. ¿Se revocó o suspendió alguna licencia profesional u ocupacional?

Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

5. ¿Se suspendió o revocó la licencia de conducir del tutor?

Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

6. ¿Delegó poderes sobre la Persona protegida a otra persona?

Sí No

En caso afirmativo, ¿a quién se delegaron los poderes? _____

¿Qué poderes se delegaron? _____

¿Durante que período(s) de tiempo? _____

7. ¿Recibió alguna capacitación o certificación especial como tutor?

Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

F. ¿Es el tutor un tutor designado por el tribunal o curador de otra persona?

Sí No

En caso afirmativo, indique el tribunal y los números de caso para cada uno: _____

AFIRMACIÓN BAJO PENA DE PERJURIO

Yo, _____, soy el tutor de _____, y afirmo bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Nuevo México que la información contenida en este Reporte es verdadera y correcta.

Fecha Enviado: _____

Firma del tutor

Nombre escrito / impreso

Dirección de la calle o de la oficina postal

Ciudad, estado y código postal (en letra de molde)

Número de teléfono

Número de fax

Correo electrónico

¿Se trata de un cambio de dirección con respecto a su Reporte anterior? Sí No

CERTIFICADO DE NOTIFICACIÓN

Certifico que el (*fecha*) _____ entregué una copia a las siguientes personas:

Persona protegida

Por correo u otro servicio de entrega

Por fax (*número*) _____

Entrega en mano

Por correo electrónico

Persona (s) designadas por orden judicial (*nombre y dirección*)

Por correo u otro servicio de entrega

Por fax (*número*) _____

Entrega en mano

Por correo electrónico

Por correo u otro servicio de entrega

Por fax (*número*) _____

Entrega en mano

Por correo electrónico

Por correo u otro servicio de entrega

Por fax (*número*) _____

Entrega en mano

Por correo electrónico

Por correo u otro servicio de entrega

Por fax (*número*) _____

Entrega en mano

Por correo electrónico

Nombre escrito / impreso

Firma del tutor

[Aprobado por la Orden de la Corte Suprema No. 18-8300-005, vigente para todos los casos a partir del 1 de julio de 2018; según enmendada por la Orden de la Corte Suprema No. 21-8300-003, vigente desde el 22 de junio de 2021.]