

NOTE: THIS FORM IS FOR INFORMATIONAL PURPOSES ONLY. DO NOT COMPLETE THIS FORM FOR FILING. USE THE ENGLISH VERSION OF THE AOC-SP-200 INSTEAD.

SÍRVASE NOTAR: ESTE FORMULARIO SÓLO SE DISPONE PARA FINES INFORMATIVOS. NO LO DEBE PRESENTAR EN EL TRIBUNAL, SINO QUE DEBE LLENAR Y PRESENTAR LA VERSIÓN EN INGLÉS DEL FORMULARIO AOC-SP-200.

STATE OF NORTH CAROLINA
EL ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE

File No.
Nro. de expediente

_____ County
Condado de _____

NOTE TO PETITIONER: If you are petitioning the court to accept guardianship on transfer from another state, this is not an appropriate form to use.

NOTA PARA EL DEMANDANTE: Si está solicitando que el tribunal acepte la tutela que se transfiere de otro estado, no procede utilizar este formulario.

In The General Court Of Justice
Superior Court Division
Before The Clerk
En los Tribunales de Justicia del Fuero Común
Sección del Tribunal Superior
Ante el actuario

IN THE MATTER OF EN EL CASO DE		PETITION FOR ADJUDICATION OF INCOMPETENCE AND APPLICATION FOR APPOINTMENT OF GUARDIAN OR LIMITED GUARDIAN <input type="checkbox"/> AND MOTION FOR APPOINTMENT OF INTERIM GUARDIAN (AOC-SP-198) DEMANDA DE SENTENCIA DE INCAPACIDAD LEGAL Y SOLICITUD PARA NOMBRAMIENTO DE TUTOR O DE TUTOR LIMITADO <input type="checkbox"/> CON PETICIÓN DE NOMBRAMIENTO DE UN TUTOR INTERINO (AOC-SP-198)	
Full Name Of Respondent Nombre completo del demandado		G.S. 35A-1105, -1112, -1114, -1210; 35B-17, -18 Art. 35A-1105, -1112, -1114, -1210; 35B-17, -18 de la ley	
Telephone No. Of Respondent Nro. telefónico del demandado			
Address Of Respondent Dirección del demandado			
County Of Residence Of Respondent Condado donde reside el demandado	Date Of Birth (mm/dd/yyyy) Fecha de nacimiento (mes/día/año)		
Race* Raza*	Sex* Sexo*	* Race and sex are collected so that this information may be transmitted to NICS in the event of a qualifying adjudication under G.S. 14-409.43(a)(6). *Se recopila información sobre la raza y el sexo con el fin de poder transmitirla al NICS en caso de una sentencia con arreglo al art. 14-409.43(a)(6) de la ley, ya que lo estipula como requisito.	
<input type="checkbox"/> Respondent Indigent El demandado es de bajos recursos	Respondent's Drivers License No. Nro. de licencia de conducir del demandado	State Estado	Name And Address Of Attorney For Petitioner Nombre y dirección del abogado del demandante
Name And Address Of Petitioner Nombre y dirección del demandante		Telephone No. Of Petitioner's Attorney Nro. telefónico del abogado del demandante	State Bar No. Nro. de la barra estatal
County Of Residence Of Petitioner Condado donde reside el demandante		Name And Address Of Treatment Facility If Respondent Is An Inpatient Nombre y dirección del centro de atención si el demandado es un paciente hospitalizado	
Petitioner's Relationship To Respondent Or Interest In Proceeding Relación con el demandado o interés en el proceso		Telephone No. Of Petitioner Nro. telefónico del demandante	

The undersigned, being duly sworn, requests that the Court, after notice and hearing, adjudicate the respondent above to be incompetent, and also applies for the appointment of the person(s) named below to serve, in the capacity indicated, as guardian(s) of the respondent. El abajo firmante, bajo protesta de decir verdad, solicita que el tribunal, tras notificación y audiencia, declare que el demandado de arriba tiene incapacidad legal, y que se nombre(n) a la(s) persona(s) señalada(s) abajo para servir, en la calidad indicada, de tutor(es) del demandado.

(Over)
(Continúe)

In support of this Petition, the undersigned states:
 En apoyo a esta demanda, el abajo firmante declara lo siguiente:

1. During the past twelve (12) months, the above-named respondent was physically present as follows:
 Durante los últimos doce (12) meses, el demandado arriba nombrado se ha encontrado físicamente presente como se indica a continuación:

Period of Physical Presence <i>(include up to the 12 months prior to the filing date of the petition; do not list periods of temporary absence)</i> Periodo de presencia física <i>(incluya hasta los últimos 12 meses anteriores a la fecha de presentar la demanda; no incluya los periodos de ausencia temporal)</i>		Address Dirección
From Desde	To Hasta	
	Present Ahora	

2. (check a. or check and complete b.) (NOTE: In both a. and b., "state" includes a state of the United States, the District of Columbia, Puerto Rico, the United States Virgin Islands, a federally recognized Indian tribe, or any territory or insular possession subject to the jurisdiction of the United States.)
 (marque la opción a. o marque y finalice la opción b.) (NOTA: En ambas opciones, "estado" se refiere a un estado de los Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, una tribu indígena reconocida a nivel federal, o todo territorio o posesión insular que esté sujeto a la jurisdicción de los Estados Unidos.)

- a. There is no other pending proceeding involving the respondent in any court or agency of a state or foreign country.
 No hay otro proceso pendiente que implique al demandado en ningún tribunal ni agencia, sea estatal o foránea.
- b. There is a pending proceeding(s) involving the respondent in the court or agency of a state or foreign country, as set forth below:
 Hay otro(s) proceso(s) pendiente(s) que implica(n) al demandado en el tribunal o agencia estatal o foránea, como se expone a continuación:

Location (County, State, and Country) Ubicación (condado, estado y país)	Type of Proceeding Tipo de proceso	File Number Número de expediente

3. A North Carolina court has jurisdiction to rule on this petition and application.
 Un tribunal de Carolina del Norte tiene competencia para determinar esta demanda y solicitud.

4. The respondent is
 El demandado

- a resident of this county.
 es un residente de este condado.
- domiciled in this county.
 tiene su domicilio en este condado.
- an inpatient in the facility named above,
 es un paciente hospitalizado en el centro arriba mencionado.
- present in this county, it being impossible to determine his/her county of residence or domicile.
 está presente en este condado, y es imposible determinar en cuál condado reside o tiene su domicilio.

(Over)
 (Continúe)

5. The respondent is incompetent in that he/she lacks sufficient capacity to manage his/her own affairs or to make or communicate important decisions concerning his/her person, family or property, as shown by the following facts: *(Set forth the facts which tend to show that the respondent is incompetent. Include cause of incompetence, which may be mental illness, mental retardation, epilepsy, cerebral palsy, autism, inebriety, senility, disease, injury, or other cause and give facts demonstrating lack of capacity. Be specific.)*

El demandado no tiene capacidad legal en el sentido de que carece de capacidad suficiente para llevar sus asuntos o para tomar o expresar decisiones importantes concernientes a su persona, familia, o propiedad, como demuestran los siguientes hechos: *(Exponga los hechos que tienden a mostrar que el demandado tiene incapacidad legal. Incluya la causa de la incapacidad, que podría ser enfermedad mental, retraso mental, epilepsia, parálisis cerebral, autismo, ebriedad, senilidad, enfermedad física, lesión u otra causa, y proporcione hechos que demuestran la falta de capacidad. Incluya detalles.)*

6. The respondent's next of kin, if any, and other persons known to have an interest in this proceeding are:

El pariente más cercano del demandado, si lo hubiera, y otras personas de cuyo interés en este proceso se tiene conocimiento son los siguientes:

Name And Address Nombre y dirección		Name And Address Nombre y dirección	
County Of Residence Condado en donde reside	Telephone No. Nro. telefónico	County Of Residence Condado en donde reside	Telephone No. Nro. telefónico
Relationship To Respondent Or Interest In Proceeding Relación con el demandado o interés en el proceso		Relationship To Respondent Or Interest In Proceeding Relación con el demandado o interés en el proceso	
Name And Address Nombre y dirección		Name And Address Nombre y dirección	
County Of Residence Condado en donde reside	Telephone No. Nro. telefónico	County Of Residence Condado en donde reside	Telephone No. Nro. telefónico
Relationship To Respondent Or Interest In Proceeding Relación con el demandado o interés en el proceso		Relationship To Respondent Or Interest In Proceeding Relación con el demandado o interés en el proceso	

7. General statement of respondent's assets and liabilities, including any income and receivables to which he/she is entitled:

Balance general de los activos y pasivos del demandado, que incluyen todo ingreso y cuenta por cobrar a los que tiene derecho:

<u>Assets</u> <u>Activos</u>	<u>Liabilities</u> <u>Pasivos</u>	<u>Income and Receivables</u> <u>Ingresos y cuentas por cobrar</u>
Real Property \$ _____ Bienes inmuebles	Mortgage Loans \$ _____ Préstamos hipotecarios	Wages & Salaries \$ _____ Sueldos y salarios
Tangible Personal Property \$ _____ Bienes muebles tangibles	Other Secured Loans \$ _____ Otros préstamos garantizados	Rents \$ _____ Alquileres
Other Personal Property \$ _____ Otros bienes muebles	Unsecured Loans \$ _____ Préstamos no garantizados	Pensions \$ _____ Pensiones
		Allowances \$ _____ Prestaciones
There is a representative payee for government benefits. Hay un representante del beneficiario para la asistencia pública.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Sí No	Insurance & Compensation \$ _____ Seguros y compensaciones
There is a Durable Power of Attorney in place. Existe un poder vigente para el caso de incapacidad.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Sí No	Other (including SSI/SSDI) \$ _____ Otros (incluidos los de SSI/SSDI)
There is a Healthcare Power of Attorney in place. Existe un poder vigente para atención médica.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Sí No	
There is a special needs or other trust in place. Existe un fideicomiso vigente para necesidades especiales o de otro tipo.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Sí No	
The respondent has health insurance through Medicaid, Medicare, or a private insurer. El demandado tiene seguro médico por medio de Medicaid, Medicare, o de una compañía aseguradora particular.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Sí No	

(Over)
(Continúe)

Name Of Respondent
Nombre del demandado

8. CAPACITY INFORMATION
8. INFORMACIÓN SOBRE CAPACIDAD

- Check here if in a coma, persistent vegetative state, or non-responsive and move on to Item 9.
Seleccione esta opción si está en coma, estado vegetativo persistente, o inconsciente y pase a la sección 9.

A. **Language and Communication** (understands/participates in conversations, can read and write, understands signs such as "keep out," "men," "women")
Lenguaje y comunicación (entiende conversaciones, participa en las mismas, puede leer y escribir, entiende letreros tales como "prohibida la entrada", "hombres", "mujeres")

has capacity. lacks capacity. Comment:
tiene capacidad. no tiene capacidad. Comentario: _____

B. **Nutrition** (makes independent decisions re: eating, prepares food, purchases food)
Nutrición (toma decisiones de forma independiente sobre la alimentación, prepara alimentos, compra alimentos)

has capacity. lacks capacity. Comment:
tiene capacidad. no tiene capacidad. Comentario: _____

C. **Personal Hygiene** (bathes, brushes teeth, uses proper hygiene when using the restroom)
Higiene personal (se baña, se lava los dientes, emplea higiene adecuada cuando usa el retrete)

has capacity. lacks capacity. Comment:
tiene capacidad. no tiene capacidad. Comentario: _____

D. **Health Care** (makes and communicates choices re: medical treatment/caregivers, notifies others of illness, follows medication instructions, reaches emergency health care)

Cuidado médico (toma y expresa decisiones concernientes a tratamientos y proveedores médicos, notifica a otros de enfermedad, sigue las indicaciones de los medicamentos, puede ponerse en contacto con atención médica urgente)

has capacity. lacks capacity. Comment:
tiene capacidad. no tiene capacidad. Comentario: _____

E. **Personal Safety** (recognizes danger and seeks assistance as needed, protects self from exploitation/personal harm)
Seguridad personal (reconoce el peligro y busca ayuda según la necesite, se protege de explotación y daños personales)

has capacity. lacks capacity. Comment:
tiene capacidad. no tiene capacidad. Comentario: _____

F. **Residential** (makes and communicates decisions re: residence/roommates, maintains safe shelter)
Residencial (toma y expresa decisiones concernientes a su domicilio o compañeros de casa, mantiene una vivienda segura)

has capacity. lacks capacity. Comment:
tiene capacidad. no tiene capacidad. Comentario: _____

G. **Employment** (makes and communicates decisions re: employment, demonstrates vocational skills such as neatness and punctuality, writes or dictates application form)

Empleo (toma y expresa decisiones concernientes a empleo, demuestra habilidades vocacionales tales como pulcritud y puntualidad, escribe un formulario de solicitud o lo dicta)

has capacity. lacks capacity. Comment:
tiene capacidad. no tiene capacidad. Comentario: _____

(Over)
(Continúe)

H. **Independent Living** (follows a daily schedule, conducts housekeeping chores, uses community resources such as bank, store, post office)

Vida independiente (sigue un horario diario, realiza quehaceres domésticos, utiliza recursos comunitarios como bancos, tiendas, el correo)

has capacity. lacks capacity. Comment:
tiene capacidad. no tiene capacidad. Comentario: _____

I. **Civil** (knows to contact advocate if being exploited, understands consequences of committing a crime, registers to vote)
Cívica (sabe contactarse con un defensor si se le explota, entiende las consecuencias de cometer un delito, se registra para votar)

has capacity. lacks capacity. Comment:
tiene capacidad. no tiene capacidad. Comentario: _____

J. **Financial**
Financiera

1. Makes and communicates decisions about paying bills and spending discretionary money, and makes change for \$1, \$5, and \$20
Toma y expresa decisiones concernientes a pagar recibos y a gastar dinero discrecional, y puede dar cambio de \$1, \$5 y \$20

has capacity. lacks capacity. Comment:
tiene capacidad. no tiene capacidad. Comentario: _____

2. Makes and communicates decisions regarding management of a personal bank account, savings, investments, real estate, and other substantial assets
Toma y expresa decisiones concernientes a administrar su cuenta bancaria personal, ahorros, inversiones, bienes inmuebles y otros activos de valor

has capacity. lacks capacity. Comment:
tiene capacidad. no tiene capacidad. Comentario: _____

3. Can resist attempts at financial exploitation by others
Puede resistirse ante intentos de explotación financiera

has capacity. lacks capacity. Comment:
tiene capacidad. no tiene capacidad. Comentario: _____

POR FAVOR LLENE LA VERSIÓN EN INGLÉS DE ESTE FORMULARIO

(Over)
(Continúe)

**9. RECOMMENDED GUARDIAN(S)
9. TUTOR(ES) RECOMENDADO(S)**

Name And Address Of Recommended Guardian
Nombre y dirección del tutor recomendado

Name And Address Of Recommended Guardian
Nombre y dirección del tutor recomendado

Of The Estate del patrimonio
 Of The Person de la persona
 General Guardian tutor general

Of The Estate del patrimonio
 Of The Person de la persona
 General Guardian tutor general

**10. MOTION FOR APPOINTMENT OF INTERIM GUARDIAN
10. PETICIÓN PARA DESIGNAR UN TUTOR INTERINO**

NOTE: In certain circumstances, an interim guardian may be needed to intervene on a respondent's behalf prior to an adjudication hearing. To request that the Court appoint an interim guardian for the respondent, complete and attach form AOC-SP-198, Motion For Appointment Of Interim Guardian.
NOTA: En ciertas circunstancias, puede ser necesario que un tutor interino intervenga por el demandado antes de la audiencia resolutoria. Para solicitar que el tribunal nombre un tutor interino para el demandado, llene e incluya el formulario AOC-SP-198, Petición de nombramiento de un tutor interino.

**VERIFICATION
VERIFICACIÓN**

I, the undersigned petitioner, have read this Petition and state that its contents are true to my own knowledge except those matters stated on information and belief, which I believe are true.
Yo, el demandante abajo firmante, he leído esta solicitud y afirmo que su contenido es cierto porque tengo conocimiento personal del mismo, salvo aquellos asuntos afirmados a mi leal saber y entender, y con respecto a aquellos, creo que son ciertos.

**SWORN/AFFIRMED AND SUBSCRIBED TO BEFORE ME
DECLARADO SOLEMNEMENTE Y SUSCRITO ANTE MÍ**

Date (mm/dd/yyyy)
Fecha (mes/día/año)

Date (mm/dd/yyyy)
Fecha (mes/día/año)

Signature Of Person Authorized To Administer Oaths
Firma de la persona autorizada para tomar juramentos

Signature Of Petitioner
Firma del demandante

Deputy CSC Actuario auxiliar del TS
 Assistant CSC Actuario asistente del TS
 Clerk Of Superior Court Secretario del Tribunal Superior

Notary Notario

Date My Commission Expires (mm/dd/yyyy)
Fecha en la que vence mi comisión (mes/día/año)

**SEAL
SELLO**

County Where Notarized
Condado donde se notariizó

POR FAVOR LLENE LA VERSIÓN EN INGLÉS DE ESTE FORMULARIO