



**PETITION TO
DETERMINE
IF DISABLED**

**PETICIÓN PARA
DETERMINAR
DISCAPACIDAD**

Nº de caso _____
Tribunal _____
Condado _____
División _____

Estado de Kentucky
VS.

SOLICITANTE

DEMANDADO/A

_____ tiene razones o conocimientos fundados que le llevan a creer que el/la Demandado/a parece incapaz de velar por su salud y seguridad físicas y/o de gestionar eficazmente sus recursos económicos y presenta ante el Juzgado los siguientes hechos en los que basa dicha creencia:

1. Nombre del/de la Solicitante: _____

Dirección: _____

Nº de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Relación del/de la Solicitante con el/la Demandado/a: _____

2. **Nombre Legal del/de la Demandado/a:** _____

Fecha de nacimiento del/de la Demandado/a* (si se sabe): _____

3. Residencia permanente, de tiempo completo del/de la Demandado/a: _____

Dirección

a. El/La Demandado/a ha vivido en esta dirección por los últimos _____ años y _____ meses.

b. ¿Es un hospital, centro de tratamiento, centro correccional o centro de cuidado a largo plazo? Sí No

4. ¿El/La Demandado/a se encuentra actualmente en la dirección permanente nombrada arriba? Sí No

Si la respuesta es No, (marque uno):

a. El/La Demandado/a se encuentra actualmente en: _____

Dirección

b. La dirección de el/la Demandado/a se desconoce en este momento.

5. ¿El/La Demandado/a es ciudadano/a o residente permanente de los Estados Unidos? Sí No

6. ¿El/La Demandado/a ha sido condenado/a por, se ha declarado culpable de, o ha presentado una declaración Alford por un delito sexual grave tal como se define en KRS 17.500? Sí No No se sabe

7. ¿El/La Demandado/a ha sido condenado/a por, se ha declarado culpable de, o ha presentado una declaración Alford por un delito grave que le pueda clasificar como un(a) delincuente violento/a según KRS 439.3401? Sí No No se sabe

8. La **naturaleza de la discapacidad de el/la Demandado/a** y los hechos o razones que sustentan la necesidad de determinar la discapacidad son: _____

9. El/La Demandado/a es dueño/a del siguiente patrimonio, incluyendo beneficios del gobierno, derechos sobre seguros, e ingresos anuales anticipados (indicar ningunos o desconocidos):

VALOR DEL PATRIMONIO

Bienes inmuebles \$ _____

Propiedad personal \$ _____

Ingreso anual \$ _____

Fuente del ingreso anual _____

10. Nombre de la Persona o Institución que tiene la custodia del/de la Demandado/a: _____
Dirección: _____
11. El/La Apoderado/a con Poder Notarial Duradero el/la Sustituto/a Sanitario/a del/
de la Demandado/a es:
Nombre completo: _____
Dirección: _____
12. Familiar más cercano del/de la Demandado/a:
Nombre completo: _____
Dirección: _____

Relación con el/la Demandado/a: _____
Nombre completo: _____
Dirección: _____

Relación con el/la Demandado/a: _____

POR LO TANTO, el/la Solicitante le pide al Juzgado que investigue la habilidad del/de la Demandado/a para cuidar de sí mismo/a y administrar sus recursos económicos. El/La Solicitante adjunta la **Solicitud de Nombramiento de un(a) Fiduciario/a y además pide:**

1. Se celebre un (escoja uno) juicio sin jurado juicio por jurado;
2. Designación judicial de un(a) abogado/a para representar al/a la Demandado/a; y
3. Nombramiento judicial de un equipo de evaluación multidisciplinario para evaluar al/a la Demandado/a, tal y como establece la ley, a menos que el informe de la evaluación se presente con esta Petición.

Fecha

Firma del/de la Solicitante

Suscrito y jurado ante mí por _____ el día _____ en el condado
(nombre) (mes/día/año)
de _____,
(condado) (estado)

Nombre/Título

Para Fedatarios: Mi cargo vence: _____. Mi número de identificación como fedatario/a es: _____.

A rellenarse si el/la Solicitante tiene representación legal:

Nombre del/de la Abogado/a: _____

Dirección: _____

N° de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

***Nota al archivista:** La información personal (número de seguro social, fecha de nacimiento, número de cuenta financiera) debe censurarse de conformidad con CR 7.03. Se pueden encontrar instrucciones para la censura en www.kycourts.gov.