



**APPLICATION
FOR APPOINTMENT
OF FIDUCIARY FOR
DISABLED PERSONS**

**SOLICITUD DE
NOMBRAMIENTO DE
UN(A) FIDUCIARIO/A
PARA PERSONAS CON
DISCAPACIDAD**

Nº de caso _____
Tribunal _____
Condado _____
División _____

ESTADO DE KENTUCKY

SOLICITANTE

VS.

DEMANDADO/A

* * * * *

1. Se presenta _____, Solicitante en este caso, y pide que se le nombre como tutor(a) tutor(a) limitado/a curador(a) curador(a) limitado/a para el/la Demandado/a.
2. El/La Solicitante pide que se le nombre como fiduciario/a principal O fiduciario/a suplente.
3. El/La Solicitante declara que su relación con el/la Demandado/a es _____.
4. El/La Solicitante indica que sus cualificaciones para el nombramiento son las siguientes: _____

5. (Marque si procede) El/La Solicitante ofrece como fiador(a) de su bono:
Nombre/Dirección del/de la Fiador(a): _____

6. Si el Solicitante es el Gabinete para los Servicios de la Salud y de la Familia, adjunte o facilite al Juzgado, antes de la audiencia final, un informe con el número medio de casos asignados a cada trabajador(a) social.
7. El/La Solicitante indica que todas las declaraciones anteriores son ciertas.

Firma del/de la Solicitante: _____ Fecha de nacimiento*: _____
Nombre (Impreso): _____
Dirección: _____
Nº de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

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 de fedatarios es: _____.

A rellenarse si el/la Solicitante tiene representación legal:
Nombre del/de la Abogado/a: _____
Dirección: _____
Nº 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.