



**HORACIO SOSA, P.A.**

A T T O R N E Y A T L A W

---

**DATOS DEL CLIENTE PARA GUARDIANSHIP**

\*\*\* Toda la información en este formulario está protegida por la relación de privilegio entre Abogado - cliente \*\*\*

*Por favor complete este formulario de la mejor forma posible. La información debe ser la más precisa posible. Si deja algunas partes en blanco, nosotros asumiremos que la respuesta no se aplica a Usted. Si usted completa esta forma antes de su cita, podremos emplear más tiempo en responder sus preguntas durante la reunión y ayudarte a encontrar soluciones a tus inquietudes.*

**INFORMACION DEL PETICIONANTE**

Nombre \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono(s) \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Relación con la supuesta persona incapacitada \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DE LA SUPUESTA PERSONA CON DISCAPACIDAD**

Nombre \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_

**¿EXISTE UN DIAGNOSTICO? (e.j. Demencia, Alzheimer, Autismo)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CUENTAME EN TUS PROPIAS PALABRAS PORQUE TU CREEES QUE LA PERSONA NO TIENE CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES**

---

---

---

---

---

---

---

---

**TESTIGOS**

---

---

---

---

---

---

**QUIENES SON LOS DOCTORES?**

---

---

---

---

---

---

**CUALES SON LOS BIENES DE LA PERSONA SUPUESTAMENTE INCAPACITADA?**

---

---

---

---

---

**INGRESO**

---

---

---

---

---

**GUARDIAN PROPUESTO (PUEDE SER EL MISMO PETICIONANTE)**

---

---

---

**TIENE LA PERSONA CON SUPUESTA INCAPACIDAD DOCUMENTOS DE DIRECTIVAS AVANZADAS DE SALUD, PODER DURADERO DE ABOGADO Y LIVING WILL?**

---

---

---

**PARIENTE MAS CERCANO A LA PERSONA CON SUPUESTA INCAPACIDAD**

1. Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

2.Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

3.Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

4. Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

5.Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

6.Nombre \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

## **BIENES**

### **Bienes Inmobiliarios**

1. Direccion \_\_\_\_\_

Valor \_\_\_\_\_

¿Como esta titulada? \_\_\_\_\_ Homestead? Y N

2. Direccion \_\_\_\_\_

Valor \_\_\_\_\_

¿Como esta titulada? \_\_\_\_\_

3. Direccion \_\_\_\_\_

Valor \_\_\_\_\_

¿Como esta titulada?  
\_\_\_\_\_

### **Automóviles (Incluyendo trailers y botes)**

1. Anho \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_

Número de Serie \_\_\_\_\_  
Valor \_\_\_\_\_

2. Año \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_

Numero de Serie \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_

### **Información de Cuenta Bancaria**

1. Cuenta Corriente \_\_\_\_\_ Número de Cuenta \_\_\_\_\_

Beneficiarios \_\_\_\_\_

2. Cuenta de Ahorro \_\_\_\_\_ Número de Cuenta \_\_\_\_\_

Beneficiarios \_\_\_\_\_

3. Certificado de Depósito \_\_\_\_\_ Número de Cuenta \_\_\_\_\_

Beneficiarios \_\_\_\_\_

4. Certificado de Deposito \_\_\_\_\_ Número de Cuenta \_\_\_\_\_

Beneficiarios \_\_\_\_\_

5. Otros \_\_\_\_\_ Número de Cuenta \_\_\_\_\_

Beneficiarios \_\_\_\_\_

### **Seguro de Vida**

1. Compañía \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Valor \_\_\_\_\_ Beneficiarios \_\_\_\_\_

2. Compañía \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Valor \_\_\_\_\_ Beneficiarios \_\_\_\_\_

3. Compañía \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Valor \_\_\_\_\_ Beneficiarios \_\_\_\_\_

**Stocks/Bonos/IRA's**

1. Compañía \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_

2. Compañía \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_

3. Compañía \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_

**Caja segura de Deposito**

1. Banco \_\_\_\_\_ Numero de Caja \_\_\_\_\_

**Bienes del Hogar y muebles**

1. \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_

**Otros (Cheques, Rebates, impuestos, fideicomisos)**

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_