

Guía explicativa del informe de inventario



El inventario debe ser presentado por el tutor del patrimonio dentro de los 90 días posteriores al nombramiento. Para completar el inventario, debe proporcionar información sobre la situación financiera actual de la persona incapacitada, lo que incluye:

- Bienes de valor y dónde serán conservados
- Ingresos anuales estimados
- Gastos anuales estimados
- Planificación financiera
- Beneficios gubernamentales
- Información médica básica

El inventario establece un "punto de referencia" para que el tribunal utilice al revisar los informes anuales futuros, por lo que es importante proporcionar información precisa.

Idioma de las respuestas del informe

Toda la información proporcionada al tribunal en los informes de tutela debe estar en inglés, ya sea que los informes se presenten electrónicamente en el **Guardianship Tracking System** (GTS), (*sistema de seguimiento de tutelas*) o en un informe en papel presentado ante la Oficina del Secretario del Orphans' Court (*tribunal de sucesiones, tutelas y fideicomisos*).

Cómo completar un informe de inventario

Este documento está diseñado para utilizarse al completar el formulario de inventario en el GTS pero también puede utilizarse al completar un informe de inventario en papel.

Inicie sesión en su cuenta de GTS

Para completar el formulario en línea, debe iniciar sesión en su cuenta del **Unified Judicial System Web Portal** (*portal web del sistema judicial unificado*) de Pennsylvania. Agregue o verifique su información personal, marque la casilla para certificar que la información es correcta y luego haga clic en "Continue" (continuar).

Abra el formulario de informe

En la sección **Upcoming & Overdue Reports** (*informes próximos y vencidos*) de su **Dashboard** (*panel de control*), haga clic en el ícono **Create Report** (*crear informe*)  para el informe de inventario y la persona incapacitada correspondientes.

Upcoming and Overdue Reports (12)							
Quick access to upcoming inventory reports, initial/annual/final reports that are due or may be overdue.							
Case File No.	County	Caption	Report	Final	Status	Due	
GTSG-1006	Mercer	Guardianship of Hartman10, Frank, an Incapacitated Person	Inventory		New	9/6/2026 (in 40 days)	

Complete el informe

Pregunta:

Is the incapacitated person deceased?

(¿Ha fallecido la persona incapacitada?)

En la pantalla **GTS - Inventory Report** (*GTS - informe de inventario*), seleccione una opción del menú desplegable:

- Si selecciona **No** (*no*), continúe con la siguiente sección.
- Si selecciona **Yes** (*sí*), comuníquese con la oficina del tribunal al número de teléfono que aparece en pantalla. No tendrá que completar el informe de inventario. Haga clic en **Cancel** (*cancelar*) en la parte inferior del formulario.

PART I. INTRODUCTION

(PARTE I. INTRODUCCIÓN)

Pregunta:

Inventory Type

(Tipo de inventario)

PART I. INTRODUCTION

* Inventory Type: Initial 

Si es la primera vez que completa este formulario, el **Inventory Type** (*tipo de inventario*) estará preestablecido como **Initial** (*inicial*) y no necesita hacer nada. Si lo completa porque se le solicitó enmendar el inventario, seleccione **Amended** (*enmendado*).

PART II. ASSETS (PRINCIPAL)

(PARTE II. BIENES (FONDO PATRIMONIAL))

Pregunta 1:

List all bank accounts, real estate and other personal property below. If the property is owned by both the incapacitated person and others, indicate the name of the co-owner(s) in the space below.

(Enumere a continuación todas las cuentas bancarias, inmuebles y otros bienes personales. Si alguno de estos bienes es de titularidad conjunta entre la persona incapacitada y otras personas, indique el nombre del (de los) cotitulares (s) en el espacio correspondiente.)

1. List all bank accounts, real estate and other personal property below. If the property is owned by both the incapacitated person and others, indicate the name of the co-owner(s) in the space below.

Asset Type	Asset Description	Name of Co-Owner(s)	Asset Value	
No results found				

Si la persona incapacitada tiene bienes, haga clic en el ícono **Add Asset** (agregar bienes)  para agregarlos al informe. Si la persona incapacitada no tiene bienes, continúe con la siguiente pregunta.

Asset Type	Asset Description	Name of Co-Owner(s)	Asset Value	
				
			SubTotal(\$):	0.00

Por cada bien de la persona incapacitada, agregue la información solicitada. Para agregar otro bien, haga clic en el ícono **Add Asset** (agregar bienes). Para eliminar un bien, haga clic en el ícono **Delete** (eliminar) . El GTS calculará el **Subtotal (\$)** (de todos) los bienes.

- **Asset Type** (tipo de bien)
 - En el menú desplegable **Asset Type** (tipo de bien), seleccione la opción que mejor describa el tipo de bien que está registrando.

Asset Type Dropdown Menu Options	Opciones del menú desplegable Asset Type (Tipo de bien)
Automobile	Automóvil
Burial Account	Cuenta de sepelio
Cash and Cash Equivalents (cash, checking accounts, savings, CDs)	Efectivo y equivalentes de efectivo (efectivo, cuentas corrientes, cuentas de ahorro, certificados de depósito)
Insurance	Seguro
Investments (Stocks, Bonds, Mutual Funds)	Inversiones (acciones, bonos, fondos de inversión)
Oil and Mineral Rights	Derechos sobre petróleo y minerales
Pension/Retirement Accounts	Cuentas de pensión/jubilación
Personal Property	Bienes personales
Real Property (real property includes any land and any structures on that land)	Inmuebles (los inmuebles incluyen cualquier terreno y toda construcción en ese terreno)

- **Asset Description** (*descripción del bien*)
 - Haga clic en el campo **Asset Description** (*descripción del bien*) y describa brevemente el bien.
- **Name of Co-Owner(s)** (*nombre del (de los) cotitular (es)*)
 - Haga clic en el campo **Name of Co-Owner(s)** (*nombre del (de los) cotitular(es)*) e ingrese el nombre de cualquier persona, que no sea la persona incapacitada, que tenga titularidad sobre el bien. Es posible que esto no aplique en todos los casos.
- **Asset Value** (*valor del bien*)
 - Haga clic en el campo **Asset Value** (*valor del bien*) e ingrese el monto en dólares estadounidenses que valga el bien.

Pregunta 2:

Is any property (specifically bank accounts or real estate) co-owned by the Incapacitated Person and the guardian?

¿Tienen la persona incapacitada y el tutor titularidad conjunta sobre algún bien (específicamente cuentas bancarias o inmuebles)?

2. Is any property (specifically bank accounts or real estate) co-owned by the Incapacitated Person and the guardian?

* Joint Property:



En el menú desplegable **Joint Property** (*bien de titularidad conjunta*), seleccione una opción.

2. Is any property (specifically bank accounts or real estate) co-owned by the Incapacitated Person and the guardian?

* Joint Property:

Yes

a. On what date was the property acquired:

mm/dd/yyyy

b. On what date was the guardian's name added:

mm/dd/yyyy

c. The guardian is:

- ☐ an individual having access or control over the account
- ☐ an owner of the account

- Si selecciona **No** (*no*), continúe con la siguiente pregunta.
- Si selecciona **Yes** (*sí*), complete lo siguiente:
 - **On what date was the property acquired** (*¿en qué fecha se adquirió el bien?*):
 - Ingrese la fecha escribiendo dos dígitos para el mes, dos para el día y cuatro para el año.
 - **On what date was the guardian's name added** (*¿en qué fecha se agregó el nombre del tutor?*):
 - Ingrese la fecha escribiendo dos dígitos para el mes, dos para el día y cuatro para el año. Esto puede o no coincidir con la fecha original de adquisición.
 - **The guardian is** (*el tutor es*): (*haga clic en la(s) casilla(s) junto a la(s) opción(es) correcta(s)*):
 - una persona con acceso o control sobre la cuenta
 - titular de la cuenta

Pregunta 3:

Does the Incapacitated Person have a homeowners insurance policy for real property?

¿Cuenta la persona incapacitada con una póliza de seguro de propietario para inmueble?

3. Does the Incapacitated Person have a homeowners insurance policy for real property?

* Homeowners Insurance:

En el menú desplegable **Homeowners Insurance** (*seguro de propietario*), seleccione una opción.

* Homeowners Insurance: Yes ▼

a. Homeowners Insurance Carrier:

b. Homeowners Insurance Coverage Start: 

Homeowners Insurance Coverage End: 

Copy of policy to be provided upon request.

- Si selecciona **No** (*no*), continúe con la siguiente pregunta.
- Si selecciona **Yes** (*sí*), complete lo siguiente:
 - **Homeowners Insurance Carrier** (*aseguradora para seguro de propietario*)
 - Ingrese el nombre de la compañía que vendió la póliza del seguro de propietario.
 - **Homeowners Insurance Coverage Start** (*inicio de cobertura del seguro de propietario*), **Homeowners Insurance Coverage End** (*fin de cobertura del seguro de propietario*)
 - Ingrese las fechas de inicio y fin de la póliza escribiendo dos dígitos para el mes, dos para el día y cuatro para el año.
 - **Copy of policy to be provided upon request** (*copia de la póliza disponible a solicitud*)

Pregunta 4:

Does the Incapacitated Person have an automobile insurance policy?

(¿Cuenta la persona incapacitada con una póliza de seguro de automóvil?)

4. Does the Incapacitated Person have an automobile insurance policy?

* Automobile Insurance: ▼

En el menú desplegable **Automobile Insurance** (*seguro de automóvil*), seleccione una opción.

4. Does the Incapacitated Person have an automobile insurance policy?

* Automobile Insurance:

a. Automobile Insurance Carrier:

b. Automobile Insurance Coverage Start:

Automobile Insurance Coverage End:

Copy of policy to be provided upon request.

- Si selecciona **No** (*no*), continúe con la siguiente pregunta.
- Si selecciona **Yes** (*sí*), complete lo siguiente:
 - **Automobile Insurance Carrier** (*aseguradora para seguro de automóvil*)
 - Ingrese el nombre de la compañía que vendió la póliza de seguro de automóvil.
 - **Automobile Insurance Coverage Start** (*inicio de cobertura del seguro de automóvil*),
Automobile Insurance Coverage End (*fin de cobertura del seguro de automóvil*)
 - Ingrese las fechas de inicio y fin de la póliza escribiendo dos dígitos para el mes, dos para el día y cuatro para el año.
 - **Copy of policy to be provided upon request** (*copia de la póliza disponible a solicitud*)

Pregunta 5:

Does the Incapacitated Person have a safe deposit box?

(¿Cuenta la persona incapacitada con una caja de seguridad bancaria?)

5. Does the Incapacitated Person have a safe deposit box?

* Safe Deposit Box:

En el menú desplegable **Safe Deposit Box** (*caja de seguridad*), seleccione una opción.

5. Does the Incapacitated Person have a safe deposit box?

* Safe Deposit Box:

* Joint name(s):

* a. Location of safe deposit box:

* b. Are there plans to inventory the contents?:

Instrucciones:

- Si selecciona **No** (*no*), continúe con la siguiente pregunta.
- Si selecciona **Yes, in sole name** (*Sí, como único titular*), complete lo siguiente:
 - **Location of safe deposit box** (*ubicación de la caja de seguridad*)
 - Ingrese el nombre del banco o institución financiera donde se encuentra la caja de seguridad.
 - **Are there plans to inventory the contents?** (*¿se planea inventariar el contenido?*)
 - Seleccione **Yes** (*sí*) o **No** (*no*) del menú desplegable.
- Si selecciona **Yes, in joint name(s)** (*sí, en cotitularidad*) complete lo siguiente:
 - **Joint name(s)** (nombre(s) del o de los cotitular(es))
 - Indique el o los nombre(s) de todos los cotitulares de la caja de seguridad.
 - **Location of safe deposit box** (*ubicación de la caja de seguridad*)
 - Ingrese el nombre del banco o institución financiera donde se encuentra la caja de seguridad.
 - **Are there plans to inventory the contents?** (*¿se planea inventariar el contenido?*)
 - Seleccione **Yes** o **No** del menú desplegable.

PART III. ANNUAL INCOME

(PARTE III. INGRESOS ANUALES)

Pregunta 1:

List all sources of income for the Incapacitated Person. Does the Incapacitated Person receive any of the following as income?

(Enumere todas las fuentes de ingresos de la persona incapacitada. ¿Recibe la persona incapacitada alguno de los siguientes ingresos?)

PART III: ANNUAL INCOME

1. List all sources of income for the Incapacitated Person:

Does the Incapacitated Person receive any of the following as income?



Income Source Type	Income Description	Income Amount	
No results found			

Si la persona incapacitada tiene ingresos, haga clic en el ícono **Add Income Source** (agregar fuente de ingresos)  para agregarlos al informe. Si la persona no tiene ingresos, continúe con la siguiente pregunta.

Does the Incapacitated Person receive any of the following as income?



Income Source Type	Income Description	Income Amount	
			
SubTotal(\$):		0.00	

Por cada fuente de ingresos de la persona incapacitada, agregue la información solicitada. Para agregar otra fuente de ingresos, haga clic en el ícono **Add Income Source**. Para eliminar una fuente de ingresos, haga clic en el ícono **Delete** (eliminar) . El GTS calculará el **Subtotal (\$)** (de todas) las fuentes de ingresos.

- **Income Source Type** (*tipo de fuente de ingresos*)
 - En el menú desplegable **Income Source Type** (*tipo de fuente de ingresos*), seleccione la opción que mejor describa el tipo de ingreso que está registrando.

Income Source Type Dropdown Menu Options	Opciones del menú desplegable de Income Source Type (<i>tipo de fuente de ingresos</i>)
Alimony or Support	Pensión alimenticia o manutención
Annuity Payments	Pagos de anualidad
Dividends	Dividendos
Interest Income	Ingresos por intereses
IRA Distributions (for example: 401(k), 403(b), etc.)	Distribuciones de IRA (por ejemplo: 401(k), 403(b), etc.)
Long Term Care Insurance Benefits	Beneficios de seguro de cuidado a largo plazo
Pension/Retirement Benefits	Beneficios de pensión/jubilación
Public Assistance	Asistencia pública
Rental Property Income	Ingresos por alquiler
Royalties (including from mineral and land rights)	Regalías (incluidos los derechos sobre minerales y tierras)
Social Security (Retirement, Disability, SSI, or any other SSA benefits)	Seguro Social (jubilación, discapacidad, SSI u otros beneficios de la SSA)
Tax Refund	Reembolso de impuestos
Trust Income	Ingresos de fideicomiso
Veterans Benefits (disability/pension/aid and attendance)	Beneficios para veteranos (discapacidad/pensión/ayuda y asistencia)
Wages	Salarios
Worker's Compensation Benefits	Beneficios de compensación laboral
Other	Otro

- **Income Description** (*descripción del ingreso*)
 - Si selecciona **Other** (*otro*) como tipo de fuente de ingresos, ingrese una descripción de la fuente de ingresos.
- **Income Amount** (*monto del ingreso*)
 - En el campo **Income Amount**, ingrese el ingreso anual (de todo el año) en dólares estadounidenses para el tipo de fuente de ingresos seleccionado.

PART IV. LIABILITIES/DEBTS

(PARTE IV. PASIVOS/DEUDAS)

Pregunta 1:

List all debts the Incapacitated Person owes, including mortgages, loans, credit card debt, etc.

(Enumere todas las deudas de la persona incapacitada, incluidas hipotecas, préstamos, deudas de tarjetas de crédito, etc.)

PART IV. LIABILITIES/DEBTS

1. List all debts the Incapacitated Person owes, including mortgages, loans, credit card debt, etc.



Liabilities/Debts	Lender	Value	
No results found			

Si la persona incapacitada tiene pasivos o deudas pendientes, haga clic en el ícono **Add**

Liabilities/Debts (agregar pasivos/deudas)  para agregarlos al informe. Si la persona no tiene pasivos ni deudas, continúe con la siguiente pregunta.

1. List all debts the Incapacitated Person owes, including mortgages, loans, credit card debt, etc.



Liabilities/Debts	Lender	Value	
			
SubTotal(\$):		0.00	

Por cada pasivo o deuda de la persona incapacitada, agregue la información solicitada. Para agregar otra deuda, haga clic en el ícono **Add Liabilities/Debts**. Para eliminar una deuda, haga clic en el ícono

Delete (eliminar) . El GTS calculará el **Subtotal (\$)** (de todas) las deudas.

- **Liabilities/Debts** (pasivos/deudas)
 - Ingrese el tipo de deuda que tiene la persona incapacitada (p. ej., hipoteca, tarjetas de crédito, préstamo de automóvil, etc.).
- **Lender** (prestamista)
 - Ingrese el nombre de la persona u organización a quien se le debe el dinero.
- **Value** (valor)
 - Ingrese el monto en dólares estadounidenses que se le debe al prestamista.

PART V. GUARDIAN COVERAGE

(PARTE V. COBERTURA DEL TUTOR)

Pregunta 1:

Was a surety bond required by the decree appointing you as guardian?

(¿Exigía el decreto de nombramiento como tutor la presentación de una fianza garantizada?)

PART V: GUARDIAN COVERAGE

1. Was a surety bond required by the decree appointing you as guardian?

* Surety Bond Required: No

Confirme si la información que aparece en este campo indica correctamente si el decreto de su nombramiento como tutor exigía la presentación de una fianza garantizada. Si la información es incorrecta, comuníquese con el tribunal donde se tramita el caso antes de proceder con el informe.

Pregunta 2:

Are you a professional guardianship agency or an attorney serving as a guardian?

¿Es usted una agencia de tutela profesional o un abogado que actúa como tutor?

2. Are you a professional guardianship agency or an attorney serving as a guardian?

* Professional Status:

En el menú desplegable **Professional Status** (*situación profesional*), seleccione una opción.

2. Are you a professional guardianship agency or an attorney serving as a guardian?

* Professional Status: Yes

* Do you have professional liability coverage?: No

Professional Liability Insurance Explanation:

(2000 characters remaining)

- Si selecciona **No** (*no*), continúe con la siguiente pregunta.
- Si selecciona **Yes** (*sí*), complete lo siguiente:
 - **Do you have professional liability coverage?** (*¿Cuenta con cobertura de responsabilidad profesional?*)
 - Si selecciona **No**, ingrese su **Professional Liability Insurance Explanation** (*explicación en cuanto al seguro de responsabilidad profesional*).
 - Si selecciona **Yes**, adjunte una copia de la póliza de seguro mediante la función **Upload Document** (*cargar documento*) que se encuentra al final del informe.

PART VI. PERSONAL CARE PLAN

(PARTE VI. PLAN DE CUIDADO PERSONAL)

Pregunta 1:

Can the Incapacitated Person remain in their current residence with assistance, or in the home of a relative?

(¿Puede la persona incapacitada permanecer en su residencia actual con asistencia o en el hogar de un familiar?)

PART VI: PERSONAL CARE PLAN

1. Can the Incapacitated Person remain in their current residence with assistance, or in the home of a relative?

* Remain in Current Residence: 

En el menú desplegable **Remain in Current Residence** (*permanecer en la residencia actual*), seleccione una opción.

1. Can the Incapacitated Person remain in their current residence with assistance, or in the home of a relative?

* Remain in Current Residence: Yes 

* Responsible Family Member:

What services does the Incapacitated Person require?

Services from the local Area Agency on Aging: ☒ (One or more of these fields is required)

Private Companion/Assistance Service: ☒ (One or more of these fields is required)

* Number of days per week:

* Number of hours per week:

Assistance from family members: ☒ (One or more of these fields is required)

* Will compensation be provided?: Yes 

* Indicate compensation amount:

- Si selecciona **No** (*no*) o **N/A - The Incapacitated Person is already in a supervised residential setting** (*N/A - la persona incapacitada ya se encuentra en un entorno residencial supervisado*), continúe con la siguiente pregunta.
- Si selecciona **Yes** (*sí*), complete lo siguiente:
 - **Responsible Family Member** (*familiar responsable*)
 - Ingrese el nombre o los nombres del familiar o los familiares que brindan asistencia en el hogar a la persona incapacitada.

- **What services does the incapacitated person require?** (*¿Qué servicios requiere la persona incapacitada?*) (*Marque la casilla junto a cada servicio requerido. Debe seleccionar al menos uno.*)
 - **Services from the local Area Agency on Aging** (*servicios de la agencia local de atención a adultos mayores*)
 - **Private Companion/Assistance Service** (*servicio privado de acompañamiento/asistencia*)
 - Ingrese **Number of days per week** (*número de días por semana*) y **Number of hours per week** (*número de horas por semana*)
 - **Assistance from family members** (*asistencia de familiares*)
 - Will compensation be provided? (*¿Se proporcionará compensación?*)
 - Si selecciona **No**, continúe con la siguiente pregunta.
 - Si selecciona **Yes**, ingrese el monto que recibirán en el campo **Indicate compensation amount** (*indique el monto de compensación*).

Pregunta 2:

Will the Incapacitated Person be moved into a supervised residential setting?

(*¿Será trasladada la persona incapacitada a un entorno residencial supervisado?*)

2. Will the Incapacitated Person be moved into a supervised residential setting?

* Impending Relocation to supervised residential setting?: 

En el menú desplegable **Impending Relocation to supervised residential setting?** (*¿traslado inminente a entorno residencial supervisado?*), seleccione una opción.

2. Will the Incapacitated Person be moved into a supervised residential setting?

* Impending Relocation to supervised residential setting?: 

* a. Supervised Residential Setting Type: 

* b. Supervised Residential Setting Steps:

(2000 characters remaining)

- Si selecciona **No** (*no*) o **N/A - The Incapacitated Person is already in a supervised residential setting** (*N/A - la persona incapacitada ya se encuentra en un entorno residencial supervisado*), continúe con la siguiente pregunta.
- Si selecciona **Yes** (*sí*), complete lo siguiente:
 - Seleccione en el menú desplegable **Supervised Residential Setting Type** (*tipo de entorno residencial supervisado*) la opción que mejor describa el entorno residencial al que será trasladada la persona incapacitada.

Supervised Residential Setting Type Dropdown Menu Options	Opciones del menú desplegable Supervised Residential Setting Type (<i>tipo de entorno residencial supervisado</i>)
Domiciliary Care	Atención domiciliaria
Personal Care	Hogar de atención personalizada básica
Boarding Home / Group Home	Alojamiento supervisado / hogar para grupo reducido con necesidades similares
Assisted Living Facility	Residencia con atención asistida integral
Nursing Home	Residencia con cuidados de enfermería especializados
Other (If you select a residential setting of "Other", enter a description of the residential setting.)	Otro (Si selecciona "Other" (<i>otro</i>) como tipo de entorno residencial, ingrese una descripción del entorno residencial.)

- En el campo **Supervised Residential Setting Steps** (*pasos para el traslado a entorno residencial supervisado*), resuma los pasos, completados o pendientes, que se están tomando para trasladar a la persona incapacitada al entorno residencial supervisado.

Pregunta 3:

Where is the Incapacitated Person physically living?

(¿Dónde reside físicamente la persona incapacitada?)

3. Where is the Incapacitated Person physically living?

* Address Type:

* Address Line 1:

Address Line 2:

* City:

* State:

* Zip Code:

Ingrese la dirección actual de la persona incapacitada.

- En el menú desplegable **Address Type** (*tipo de dirección*), seleccione la opción que mejor describa el tipo de dirección.

Address Type Dropdown Menu Options	Opciones del menú desplegable Address Type (<i>tipo de dirección</i>)
Assisted Living Facility	Residencia con atención asistida integral
Business	Dirección comercial
Domiciliary Care	Atención domiciliaria
Group Home	Hogar para grupo reducido con necesidades similares
Guardian's Home	Hogar del tutor
Home	Domicilio particular
Mailing	Dirección postal
Nursing Home Facility	Residencia con cuidados de enfermería especializados
Other	Otro
Personal Care Boarding Home	Hogar de atención personalizada básica / alojamiento supervisado
Relative's Home	Hogar de un familiar

- En el campo **Address Line 1** (*línea de dirección 1*), ingrese la dirección de la calle.
- En el campo **Address Line 2** (*línea de dirección 2*), ingrese una segunda parte de la dirección de la calle solo si es necesario.
- En el campo **City** (*ciudad*), ingrese el nombre de la ciudad.
- Seleccione el estado en el menú desplegable **State** (*estado*).
- En el campo **Zip Code** (*código postal*), ingrese el código postal.

Pregunta 4:

What is the Gender of the Incapacitated Person?

(¿Cuál es el género de la persona incapacitada?)

4. What is the Gender of the Incapacitated Person?

* Gender:

Seleccione una de las siguientes opciones del menú desplegable **Gender** (*género*)

- **Female** (*femenino*)
- **Male** (*masculino*)
- **Unreported/Unknown** (*no declarado/desconocido*)

Pregunta 5:

What is the Race of the Incapacitated Person?

(¿Cuál es la raza de la persona incapacitada?)

5. What is the Race of the Incapacitated Person?

* Race:

Seleccione una de las siguientes opciones del menú desplegable **Race** (*raza*).

Race Dropdown Menu Options	Opciones del menú desplegable Race (<i>raza</i>)
Asian	Asiática
Asian/Pacific Islander	Asiática o isleña del Pacífico
Black	Negra
Multi-Racial	Multirracial
Native American/Alaskan Native	Nativa americana o nativa de Alaska
Unreported/Unknown	No declarada/desconocida
White	Blanca

Pregunta 6:

What is the Ethnicity of the Incapacitated Person?

(¿Cuál es el origen étnico de la persona incapacitada?)

6. What is the Ethnicity of the Incapacitated Person?

* Ethnicity:

Seleccione una de las siguientes opciones del menú desplegable **Ethnicity** (*origen étnico*)

- **Hispanic** (*hispano*)
- **Non Hispanic** (*no hispano*)
- **Unknown** (*desconocido*)

PART VII. FINANCIAL PLAN

(PARTE VII. PLAN FINANCIERO)

Pregunta 1:

Complete the following table using initial inventory or most recent amended inventory.

(Complete la siguiente tabla utilizando el inventario inicial o el inventario enmendado más reciente.)

PART VII: FINANCIAL PLAN	
1. Complete the following table using initial inventory or most recent amended inventory	
a. Total Annual Income(\$):	
* b. Annual Estimated Expenses(\$):	
c. Net Income(\$):	0.00
d. Total assets (principal)(\$):	0.00

Note: This is a computed field, Part III Question 1.

Note: This is a computed field, a minus b.

Note: This is a computed field, Part II Question 1.

Complete **Annual Estimated Expenses (\$)** (*gastos anuales estimados (\$)*).

- Ingrese los gastos anuales estimados de la persona incapacitada (correspondientes a un año completo) en dólares estadounidenses.

Las siguientes secciones se completan automáticamente en base a la información ingresada anteriormente:

- **Total Annual Income (\$)** (*ingresos anuales totales (\$)*)
- **Net Income (\$)** (*ingresos netos (\$)*)
- **Total Assets (Principal) (\$)** (*total de bienes (fondo patrimonial) (\$)*)

Pregunta 2:

Is the net income listed above sufficient to care for the needs of the Incapacitated Person?

(¿Son los ingresos netos indicados anteriormente suficientes para cubrir las necesidades de la persona incapacitada?)

2. Is the net income listed above sufficient to care for the needs of the Incapacitated Person?	
* Sufficient Income:	

Seleccione una de las siguientes opciones del menú desplegable **Sufficient Income** (*ingresos suficientes*).

- **Yes (sí)**
- **No, but assets (principal) are available if a court order approves expenditures** (*no, pero están disponibles los bienes (fondo patrimonial) si una orden del tribunal aprueba los desembolsos*)
- **No and assets (principal) are not available** (*no y no están disponibles los bienes (fondo patrimonial)*)

Pregunta 3:

Indicate any applications for government benefits that have been submitted:

(Indique las solicitudes de beneficios gubernamentales que hayan sido presentadas:)

3. Indicate any applications for government benefits that have been submitted:


No results found

Por cada solicitud presentada en nombre de la persona incapacitada, agregue la información requerida. Para agregar otra solicitud, haga clic en el ícono **Add Government Benefit** (*agregar beneficio gubernamental*) . Para eliminar una solicitud, haga clic en el ícono **Delete** (*eliminar*) .

3. Indicate any applications for government benefits that have been submitted:


Application Type	Description	Date of submission	
		mm/dd/yyyy 	

En el menú desplegable **Application Type** (*tipo de solicitud*), seleccione la opción que mejor describa el tipo de solicitud.

Application Type Dropdown Menu Options	Opciones del menú desplegable Application Type (Tipo de solicitud)
Social Security Disability Insurance (SSDI)	Seguro de discapacidad del Seguro Social (SSDI)
Supplemental Security Income (SSI)	Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)
Social Security Retirement Benefits	Beneficios de jubilación del Seguro Social
Veterans Benefits	Beneficios para veteranos
Medical assistance, Long term care	Asistencia médica, cuidados a largo plazo
Medical assistance, Home Waiver	Asistencia médica, exención para atención en el hogar
Other (If you select an application type of "Other", enter a description of the application type.)	Otro (Si selecciona "Other" (<i>otro</i>) como tipo de solicitud, ingrese una descripción del tipo de solicitud.)

En el campo **Date of Submission** (*fecha de presentación*), ingrese la fecha en que se presentó la solicitud escribiendo dos dígitos para el mes, dos para el día y cuatro para el año.

Pregunta 4:

Describe all real estate included in the estate and how it will be maintained or sold.

(*Describa todos los bienes inmuebles incluidos en el patrimonio y cómo se administrarán o venderán.*)

4. Describe all real estate included in the estate and how it will be maintained or sold

Real Estate Description:

(2000 characters remaining)

Si la persona incapacitada es propietaria de algún bien inmueble, describa brevemente cómo se venderá o administrará durante el período de tutela.

Pregunta 5:

Prior to the appointment of a guardian, has an agent under a Power of Attorney been serving?

(*¿Actuaba algún apoderado bajo un Power of Attorney (poder notarial) con anterioridad al nombramiento del tutor?*)

5. Prior to the appointment of a guardian, has an agent under a Power of Attorney been serving?

* Prior Power of Attorney:  

En el menú desplegable **Prior Power of Attorney** (*poder notarial previo*), seleccione una opción.

5. Prior to the appointment of a guardian, has an agent under a Power of Attorney been serving?

* Prior Power of Attorney:  

* If yes, has an accounting ever been requested or filed with the Orphans' Court?:  

* If yes, was the agent the same person as the guardian?: 

- Si selecciona **No** (*no*), continúe con la siguiente pregunta.
- Si selecciona **Yes** (*sí*), complete lo siguiente:
 - **If yes, has an accounting ever been requested or filed with the Orphans' Court?** (*Si la respuesta es Sí, ¿se ha solicitado o presentado alguna rendición de cuentas ante el Orphans' Court (tribunal de sucesiones, tutelas y fideicomisos)?*)
 - Seleccione **Yes** o **No** en el menú desplegable.
 - **If yes, was the agent the same person as the guardian?** (*Si la respuesta es Sí, ¿era el apoderado la misma persona que el tutor?*)
 - Seleccione **Yes** o **No** en el menú desplegable.

PART VIII. MEDICAL INFORMATION*(PARTE VIII. INFORMACIÓN MÉDICA)*

Pregunta 1:

Is a "no-code" (Do Not Resuscitate) provision in place for the incapacitated person?

(¿Existe alguna disposición de "no-code" (no reanimar) para la persona incapacitada?)

PART VIII: MEDICAL INFORMATION**1. Is a "no-code" (Do Not Resuscitate) provision in place for the incapacitated person?**

* Do Not Resuscitate Provision:  

Seleccione **"Yes"** (sí) o **"No"** (no) en el menú desplegable **Not Resuscitate Provision** (*disposición de no reanimar*).

Pregunta 2:

When still capacitated, did the Incapacitated Person execute a durable power of attorney for health care or some other health care directive (including, but not limited to, a POLST, a living will, or a mental health care power of attorney)?

(Cuando aún tenía capacidad legal, ¿otorgó la persona incapacitada un poder duradero para atención médica u otra directiva de atención médica (incluidos, entre otros, un POLST (un formulario médico sobre los tratamientos de soporte vital aplicables o no aplicables), un testamento vital o un poder notarial para atención de salud mental)?)

2. When still capacitated, did the Incapacitated Person execute a durable power of attorney for health care or some other health care directive (including, but not limited to, a POLST, a living will, or a mental health care power of attorney)?

* Durable Health Care Power of Attorney:  

En el menú desplegable **Durable Health Care Power of Attorney** (*poder duradero para atención médica*), seleccione una opción:

- Si selecciona **No** (no), continúe con la siguiente pregunta.
- Si selecciona **Yes** (sí), ingrese el nombre del **Authorized Health Care Agent** (*apoderado de salud autorizado*).

Pregunta 3:

Are you aware of any will or trust executed by the Incapacitated Person, and/or any funeral or burial wishes of the Incapacitated Person?

(¿Tiene conocimiento de algún testamento o fideicomiso otorgado por la persona incapacitada, y/o de los deseos funerarios o de sepelio de la persona incapacitada?)

3. Are you aware of any will or trust executed by the Incapacitated Person, and/or any funeral or burial wishes of the Incapacitated Person?

* Posthumous Provision of Will or Trust:

En el menú desplegable **Posthumous Provision of Will or Trust** (*disposición póstuma de testamento o fideicomiso*), seleccione una opción.

3. Are you aware of any will or trust executed by the Incapacitated Person, and/or any funeral or burial wishes of the Incapacitated Person?

* Posthumous Provision of Will or Trust: Yes

* Posthumous Provision Explanation:

(2000 characters remaining)

* Burial Account Established: Yes

* Burial Account Value:

- Si selecciona **No** (*no*), continúe con la siguiente sección.
- Si selecciona **Yes** (*sí*), responda lo siguiente:
 - **Posthumous Provision Explanation** (*explicación de disposición póstuma*)
 - Proporcione un resumen de lo que sabe sobre el testamento, fideicomiso y/o los deseos funerarios y de sepelio de la persona incapacitada.
 - En el menú desplegable **Burial Account Established** (*cuenta de sepelio constituida*), seleccione una opción:
 - Si selecciona **No**, continúe con la siguiente sección.
 - Si selecciona **Yes**, ingrese **Burial Account Value** (valor de la cuenta de sepelio) en dólares estadounidenses.

SIGNATURE AND AFFIRMATION

(FIRMA Y AFIRMACIÓN)

SIGNATURE AND AFFIRMATION											
Date	Signature of Guardian ?	Name of Guardian	Location	Address Line 1 ?	Address Line 2	Address Line 3	City	State	Zip Code	Territory	Postal
07/28/2026	/s/ Robert Hartman10	Robert Hartman10	U...▼	11 Main St			M	F▼	22345		

Esta sección se completará previamente con información. Confirme si la información es correcta, corrija los errores e ingrese la información faltante.

Information to Confirm, Edit, or Add	Información a confirmar, corregir o agregar
Today's Date	Fecha de hoy
Signature of Guardian (In GTS, electronic signatures are an acceptable alternative to handwritten signatures. The format of an electronic signature includes an '/s/' followed by the guardian's first and last name (ex. /s/ John Smith).)	Firma del tutor (En el GTS, las firmas electrónicas son una alternativa aceptable a las firmas manuscritas. El formato de una firma electrónica incluye "/s/" seguido del nombre y apellido del tutor (p. ej. /s/ John Smith).)
Name of Guardian	Nombre del tutor
Location & Address	Lugar y dirección
Home, Office & Cell Phone (You must provide the court at least one phone number. This can be a home, office, or cell phone number.)	Teléfono particular, de oficina y celular (debe proporcionar al tribunal al menos un número de teléfono. Puede ser un número de teléfono particular, de oficina o celular.)
Email Address	Dirección de correo electrónico

Pregunta:

Please include any comments you would like to make for this report.

(Por favor, incluya cualquier comentario que desee agregar a este informe.)

Please include any comments you would like to make for this report:

(2000 characters remaining)

Si tiene información adicional que desee proporcionar al tribunal sobre la tutela, ingrésela en el campo de comentarios provisto.

Pregunta:

Please attach any supporting documentation.

(Por favor, adjunte cualquier documentación de respaldo.)

Please attach any supporting documentation

+

Document Name	File
No results found	

Si tiene documentos adicionales que desee presentar al tribunal, especialmente si indicó que cuenta con cobertura de responsabilidad profesional, cárguelos ahora. Si no tiene documentos para cargar, continúe con la siguiente pregunta.

El GTS solo acepta documentos en formato PDF. Los documentos creados en Microsoft Word o Excel pueden guardarse como PDF mediante sus herramientas integradas. También hay otras herramientas para crear PDF disponibles en internet.

Please attach any supporting documentation

+

Document Name	File
	Choose File No file chosen

Para cargar documentos:

- Haga clic en el ícono **Upload Document** (*cargar documento*) .
- Haga clic en el botón **Choose File** (*seleccionar archivo*).

- En la pantalla emergente, ubique la versión en PDF del documento guardado en su computadora o dispositivo de almacenamiento portátil. Seleccione el archivo y haga clic en el botón **Open** (*abrir*).
- Haga clic en el ícono **Upload Document** (cargar documento) para agregar otro documento. Haga clic en el ícono **Delete** (*eliminar*)  para quitar un documento.

Pregunta:

I, the guardian of the Estate, verify that the foregoing information is correct to the best of my knowledge, information and belief; and that this Verification is subject to the penalties of 18 Pa.C.S. § 4904 relative to unsworn falsification to authorities.

I, the Guardian of the Estate, I further acknowledge the Notice of Filing must be served within 10 days of the filing of this report pursuant to Pa.R.O.C.P. 14.8(b). Service shall be in accordance with Pa.R.O.C.P. 4.3.

(Yo, el tutor del patrimonio, verifico que la información precedente es correcta a mi leal saber y entender; y que esta Verificación está sujeta a las penalidades del 18 Pa.C.S. § 4904 referente a declaraciones no juramentadas a las autoridades.

Yo, el tutor del patrimonio, asimismo reconozco que el Notice of Filing (aviso de presentación) debe ser notificado dentro de los 10 días posteriores a la presentación de este informe de conformidad con Pa.R.O.C.P. 14.8(b). La notificación se realizará de conformidad con Pa.R.O.C.P. 4.3.)



I, the guardian of the Estate, verify that the foregoing information is correct to the best of my knowledge, information and belief; and that this Verification is subject to the penalties of 18 Pa.C.S. § 4904 relative to unsworn falsification to authorities.



I, the Guardian of the Estate, I further acknowledge the Notice of Filing must be served within 10 days of the filing of this report pursuant to Pa.R.O.C.P. 14.8(b). Service shall be in accordance with Pa.R.O.C.P. 4.3.



Lea y seleccione las casillas que indican que la información proporcionada en el informe es verdadera y que enviará un **Notice of Filing** (*aviso de presentación*) a las demás partes interesadas en el caso.

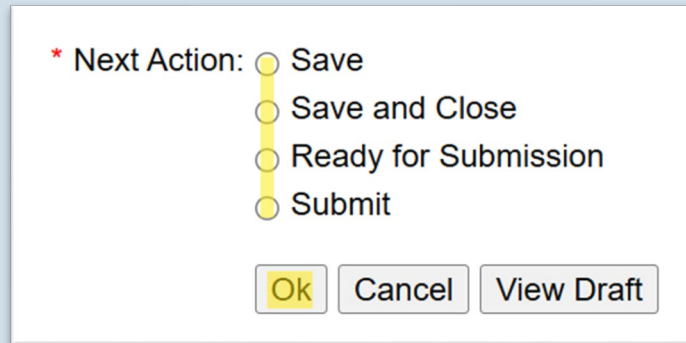
Notice of Filing (*aviso de presentación*)

- El aviso de presentación debe notificarse a cada persona con derecho a recibirlo, según se identifica en el decreto final de nombramiento como tutor. Se puede encontrar una copia del formulario de aviso de presentación en el sitio web de pacourts.us. La notificación debe realizarse fuera del GTS mediante cualquiera de los siguientes métodos de entrega: correo postal, fax, entrega personal o correo electrónico. Por favor, no adjunte el aviso de presentación a este informe como documento adicional.
- Se puede obtener una copia del formulario de aviso de presentación en <http://www.pacourts.us/forms/for-the-public/orphans-court-forms>. Este formulario no puede notificarse a los destinatarios designados a través del GTS. Debe realizarse mediante otros métodos de entrega (p. ej.: correo postal, fax, entrega personal, correo electrónico).

Pregunta:

Next Action:

(Próximo paso:)



Elija una de las siguientes opciones y luego haga clic en el botón **Ok**.

- **Save** (*guardar*)
 - Si desea guardar su progreso y continuar trabajando en el informe, seleccione **Save**.
- **Save and Close** (*guardar y cerrar*)
 - Si no desea enviar el informe en este momento, seleccione **Save and Close**. Cuando esté listo para hacerlo, puede acceder a este informe desde su Dashboard (*panel de control*) y luego seleccionar **Submit** (*enviar*).
- **Ready for Submission** (*listo para enviar*)
 - Si desea enviar el informe simultáneamente con otra presentación, seleccione **Ready for Submission**. Siga la guía de referencia **How to Submit Multiple Reports Simultaneously** (*cómo enviar múltiples informes simultáneamente*).
- **Submit** (*enviar*)
 - Si desea enviar el informe ahora, seleccione **Submit** y, si se requiere pago, consulte la guía de referencia **How to Submit a Filing with a Fee and Make a Payment** (*cómo enviar una presentación con arancel y realizar un pago*). La opción **Submit** solo está disponible para quienes tienen autorización para enviar informes en el GTS.