STATE OF WISCONSIN, CIRCUIT COURT, _____ COUNTY

IN THE MATTER OF
EN LA CAUSA DE

_____
Name / *Nombre*

_____
Date of Birth / *Fecha de nacimiento*

☐ Amended
Modificado

Annual Report on the Condition of the Ward
Informe anual sobre el estado del tutelado
(Adult Guardianship)
(Tutela de Adultos)

Case No. _____

1. **LOCATION AND ADDRESS OF WARD**
   UBICACIÓN Y DOMICILIO DEL TUTELADO
   A. The ward lives at [Street, City, County, State, Zip] _____
   El tutelado vive en [calle, ciudad, condado, estado, código postal]
   B. What type of facility is this?
   ¿Qué tipo de instalación es esta?
   ☐ Private Home or Apartment *Vivienda privada o departamento.* ☐ Adult Family Home *Hogar para adultos* ☐ Group Home *Hogar comunitario.* ☐ Foster Home *Hogar adoptivo.*
   ☐ Community-Based Residential Facility *Residencia comunitaria.* ☐ Center for Developmentally Disabled *Institución para personas con discapacidad de desarrollo* ☐ Intermediate Facility *Centro de cuidados intermedios.* ☐ Nursing Facility *Centro de enfermería*
   ☐ Other: _____
   Otro:
   Name of facility (if any) _____
   Nombre de la institución (si corresponde)

2. **HEALTH AND LIVING CONDITIONS OF THE WARD**
   SALUD Y CONDICIONES DE VIDA DEL TUTELADO
   A. How often do you personally observe the living conditions and care of the ward?
   ¿Con qué frecuencia observa personalmente las condiciones de vida y los cuidados del tutelado?
   ☐ Daily ☐ Weekly ☐ Monthly ☐ Other: _____
   Diariamente Semanalmente Mensualmente Otro:
   B. Do you contact your ward in other ways? ☐ Telephone ☐ Mail ☐ Other: _____
   ¿Se comunica con el tutelado por otros medios? Teléfono Correo electrónico Otro:
   C. Has your ward's health changed in the last year?
   ¿Cambió la salud del tutelado en los últimos años?
   ☐ No change ☐ Improved ☐ Worsened
   No cambió Mejoró Empeoró
   Please explain: _____
   Por favor explique:
   D. Are you endeavoring to secure necessary care or services in the ward's best interest by regularly examining the ward's medical records, participating in staff meetings and treatment decisions, and consulting with health care and social service providers? ☐ Yes ☐ No
   ¿Se esfuerza por garantizar la atención o los servicios necesarios en beneficio del tutelado examinando periódicamente su historial clínico, participando en las reuniones del personal y en las decisiones sobre el tratamiento, y consultando con los proveedores de servicios médicos y asistencia sociales? Sí No
   Please explain: _____
   Por favor explique:

This form shall not be modified. It may be supplemented with additional material.

3. **LEAST RESTRICTIVE ENVIRONMENT CONSISTENT WITH THE WARD'S NEEDS is an environment that provides the least possible restriction on the ward's personal liberties and rights, and promotes the greatest possible integration of the ward into the community.**
EL ENTORNO MENOS RESTRICTIVO QUE SE AJUSTE A LAS NECESIDADES DEL TUTELADO es aquel que impone la menor cantidad de restricciones posibles a la libertad personal y sus derechos, y promover la mayor integración posible del tutelado en su comunidad.
   A. Is the ward living in the least restrictive environment considering his/her needs? ☐ Yes ☐ No
   ¿El tutelado vive en el entorno menos restrictivo posible teniendo en cuenta sus necesidades? Sí No
   B. Has your ward been transferred to a more or less restrictive environment during the past year?
   ¿El tutelado fue trasladado a un entorno más o menos restrictivo durante el último año?
   ☐ No change. ☐ To a **less** restrictive environment. ☐ To a **more** restrictive environment.
   *A un entorno con las mismas restricciones. A un entorno con **menos** restricciones. A un entorno con **más** restricciones.*
   Please explain change and date _____
   Explique el cambio y la fecha de traslado:

4. **RECOMMENDATIONS REGARDING THE WARD** ☐ **See attached**
RECOMENDACIONES RESPECTO AL TUTELADO ***Véase documento adjunto***

_____

File with Court Official:	▶ _____ Guardian's Signature / *Firma del tutor* _____ Name Printed or Typed / *Escriba o imprima el nombre* _____ Guardian's Address (☐ Check if address changed in last 12 months and indicate current address.) *Domicilio del tutor (compruebe si la dirección cambió en los últimos 12 meses e indique la dirección actual)* _____ Email Address / *Dirección de correo electrónico* _____ Guardian's Telephone Number / *Número de teléfono del tutor* Date / *Fecha*