

**SUPERIOR COURT OF ARIZONA
IN COCHISE COUNTY**
(*TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA
DEL CONDADO COCHISE*)

FOR CLERK'S USE ONLY
(*Para uso de la Secretaria
solamente*)

PROBATE INFORMATION COVER SHEET
(*HOJA DE PORTADA DE INFORMACIÓN PARA CASOS TESTAMENTARIOS*)

Case Number: _____
(*Núm. de caso:*)

A person needing a guardian or conservator is the “ward”. A person who died is the “decedent”.
(*A una persona que necesita un tutor o curador se la conoce como el “pupilo”. Una persona que ha muerto es el “difunto”.*)

INFORMATION ABOUT THE WARD or THE DECEDENT
(*INFORMACIÓN ACERCA DEL PUPILO o EL DIFUNTO*)

| | |
|---|--|
| NAME: <i>I (NOMBRE:)</i> _____ | DATE OF BIRTH: (<i>FECHA DE NACIMIENTO:</i>) _____ |
| MAILING ADDRESS : (<i>DOMICILIO POSTAL:</i>) _____ | |
| STREET ADDRESS (if different): (<i>DOMICILIO FÍSICO (si es distinto):</i>) _____ | |
| TELEPHONE (Home): <i>I (NÚM. DE TELÉFONO (casa):)</i> _____ | SSN: <i>I (NÚM. DE SEGURO SOCIAL:)</i> _____ |
| TELEPHONE (Cellular): <i>(NÚM. DE TELÉFONO (celular))</i> _____ | EMAIL: <i>I (CORREO ELECTRÓNICO:)</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> ADDITIONAL WARDS ARE INVOLVED. Information listed separately. (<i>HAY OTROS PUPILOS INVOLUCRADOS. Se incluye la información por separado.</i>) | |

INFORMATION ABOUT THE PETITIONER, the person filing these papers.
(*INFORMACIÓN SOBRE EL PETICIONANTE, la persona que está presentando estos documentos.*)

| | |
|--|--|
| NAME: <i>I (NOMBRE:)</i> _____ | |
| MAILING ADDRESS : (<i>DOMICILIO POSTAL:</i>) _____ | |
| TELEPHONE: (<i>NÚM. DE TELÉFONO</i>) _____ | EMAIL: <i>I (CORREO ELECTRÓNICO:)</i> _____ |
| INFORMATION ABOUT PETITIONER'S ATTORNEY: (<i>INFORMACIÓN SOBRE EL ABOGADO DEL PETICIONANTE:</i>) | <input type="checkbox"/> Petitioner is not represented by an attorney, or <i>El peticionante no está representado por un abogado, o)</i> |
| | BAR # (<i># DEL COLEGIO DE ABOGADOS</i>) _____ |
| NAME: <i>I (NOMBRE:)</i> _____ | EMAIL: <i>I (CORREO ELECTRÓNICO:)</i> _____ |
| TELEPHONE: (<i>NÚM. DE TELÉFONO</i>) _____ | |

An INTERPRETER IS NEEDED for this language:
(Se *NECESITA UN INTÉRPRETE* para este idioma:)

By / (por) _____

(List Names of) **Persons who need interpreter:**
(Indique los nombres de) *Personas que necesitan un intérprete*

Name:
(Nombre:) _____

Name:
(Nombre:) _____

Name:
(Nombre:) _____

| | | |
|---|--|--|
| STAFF USE ONLY: REASON FEES NOT PAID: (<i>PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE:</i> <i>Razón Por La Que No Se Han Pagado</i> <i>Los Honorarios: ()</i> | <input type="checkbox"/> Government Charge <i>Cargo del gobierno</i> | <input type="checkbox"/> Deferred <i>Prorrogados</i> |
|---|--|--|

NATURE OF ACTION: Place an "X" next to number which describes the nature of the case. Check only ONE.

(*NATURALEZA DE LA ACCIÓN: Coloque una "X" junto al número que describe la naturaleza del caso. Marque sólo*

200 **ESTATE** / (*PATRIMONIO SUCESORIO*)

220 **CONSERVATOR** / (*CURADOR*)

____ 201 **Formal Appointment of Personal Representative** / (*Nombramiento formal de un representante personal*)

____ 221 **Minor** / (*Menor*)
____ 222 **Adult Incapacitated Person**
(*Persona adulta incapacitada*)

____ 202 **Informal Appointment of Personal Representative** / (*Nombramiento informal de un representante personal*)

230 **GUARDIANSHIP** / (*TUTELA*)

____ 203 **Ancillary Administration**
(*Administración auxiliar*)

____ 231 **Minor** / (*Menor*)
____ 232 **Adult (including those with Dementia, Alzheimer's)** / (*Adulto (incluyendo aquellos con demencia, enfermedad de Alzheimer)*)

____ 204 **Affidavit of Succession to Realty**
(*Declaración jurada de sucesión de bienes inmuebles*)

____ 233 **Adult Requiring In-Hospital Mental Health Treatment** / (*Adulto Exigir Salud En-Hospital Mental tratamiento*)

____ 205 **Trust Administration**
(*Administración de un fideicomiso*)

____ 206 **Formal Probate of Will**
(*Homologación formal de un testamento*)

240 **GUARDIANSHIP-CONSERVATOR COMBINATION**
(*COMBINACIÓN TUTELA-CURATELA*)

____ 207 **Informal Probate of Will**
(*Homologación informal de un testamento*)

____ 208 **Proof of Authority**
(*Comprobante de autoridad*)

____ 210 **Other** / (*Otro*) _____
Specify / (*Especifique*)

____ 241 **Minor** / (*Menor*)
____ 242 **Adult Protected Incapacitated Person (including Dementia and Alzheimer's)**
(*Persona adulta protegida incapacitada (incluye demencia y enfermedad de Alzheimer)*)

____ 211 **Single Transaction/Limited Conservatorship**
(*Transacción única/Curatela limitada*)

____ 212 **Foreign Domiciliary**
(*Domiciliario extranjero*)

____ 243 **Adult Protected Incapacitated Person (Mental Health Powers) (Only if needs inpatient behavioral or mental health treatment)**
(*Persona adulta protegida incapacitada (poderes de salud mental) (Sólo si necesita tratamiento de salud mental o terapia conductual como paciente internado)*)

INFORMATION ABOUT THE FIDUCIARY,
 (INFORMACIÓN ACERCA DEL FIDUCIARIO,)

the person to serve as guardian, conservator, or personal representative (executor) of the Estate of someone who died. / (la persona que actúa como tutor, curador, o Representante personal (ejecutor) del patrimonio sucesorio de una persona que ha fallecido.)

| | | | |
|--|---|---|--|
| NAME: (NOMBRE:) | | DATE OF BIRTH: (FECHA DE NACIMIENTO:) | |
| MAILING ADDRESS: (DOMICILIO POSTAL:) | | | |
| STREET ADDRESS: (if different) (DOMICILIO: (si es distinto)) | | | |
| TELEPHONE (Home): (NÚM. DE TELÉFONO (casa):) | | SSN: / (NÚM. DE SEGURO SOCIAL:) | |
| TELEPHONE (Cellular): (NÚM. DE TELÉFONO (celular)) | | EMAIL: (CORREO ELECTRÓNICO:) | |
| TELEPHONE (Work): (NÚM. DE TELÉFONO (trabajo):) | | CERTIFICATION # (NÚM. DE CERTIFICACIÓN) | |
| (for State-Licensed Fiduciaries ONLY) | | | |
| RELATIONSHIP TO THE WARD OR (if an estate matter) THE DECEDENT: (RELACIÓN CON EL PUPILO O (si es un asunto relacionado con un patrimonio sucesorio) EL DIFUNTO:) | | | |
| PHYSICAL DESCRIPTION: (DESCRIPCIÓN FÍSICA:) | RACE: (RAZA:) | HEIGHT: (ESTATURA) | WEIGHT: (PESO:) |
| | EYE COLOR: (COLOR DE LOS OJOS:) | | HAIR COLOR: (COLOR DEL CABELLO:) |

By signing below, I state to the Court under penalty of perjury that the contents of this document are true and correct to the best of my knowledge and belief. / (Con mi firma a continuación, declaro ante el Tribunal, bajo pena de perjurio, que el contenido de este documento es verdadero y correcto según mi mejor saber y entender.)

 Petitioner or Attorney Signature / (Firma del Peticionante o abogado)

NOTICE / (AVISO)

SUBMIT THIS FORM WITH NEW CASES ONLY.

If there is already a (Cochise County) Probate Court case number and you are filing in an existing Superior Court case in Cochise County, DO NOT SUBMIT THIS FORM.
 (PRESENTE ESTE FORMULARIO SOLAMENTE PARA CASOS NUEVOS.)

Si ya hay un número de caso del Tribunal Testamentario (del Condado Cochise) y usted está haciendo la presentación en un caso del Tribunal Superior del Condado Cochise existente, NO PRESENTE ESTE FORMULARIO.)