

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

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

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

**Case Number: PB**  
*(Núm. de caso: PB)* \_\_\_\_\_

**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)*

<b>NAME:</b> <i>I (NOMBRE:)</i> _____	<b>DATE OF BIRTH:</b> <i>(FECHA DE NACIMIENTO:)</i> _____
<b>MAILING ADDRESS :</b> <i>(DOMICILIO POSTAL:)</i> _____	
<b>STREET ADDRESS</b> (if different): <i>(DOMICILIO FÍSICO (si es distinto):)</i> _____	
<b>TELEPHONE (Home):</b> <i>I (NÚM. DE TELÉFONO (casa):)</i> _____	<b>SSN:</b> <i>I (NÚM. DE SEGURO SOCIAL:)</i> _____
<b>TELEPHONE (Cellular):</b> <i>(NÚM. DE TELÉFONO (celular))</i> _____	<b>EMAIL:</b> <i>I (CORREO ELECTRÓNICO:)</i> _____
<input type="checkbox"/> <b>ADDITIONAL WARDS ARE INVOLVED.</b> 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.)*

<b>NAME:</b> <i>I (NOMBRE:)</i> _____	
<b>MAILING ADDRESS :</b> <i>(DOMICILIO POSTAL:)</i> _____	
<b>TELEPHONE:</b> <i>(NÚM. DE TELÉFONO)</i> _____	<b>EMAIL:</b> <i>I (CORREO ELECTRÓNICO:)</i> _____
<b>INFORMATION ABOUT PETITIONER'S ATTORNEY:</b> <i>(INFORMACIÓN SOBRE EL ABOGADO DEL PETICIONANTE:)</i>	<input type="checkbox"/> <b>Petitioner is not represented by an attorney, or</b> <i>El peticionante no está representado por un abogado, o)</i>
	<b>BAR #</b> <i>(# DEL COLEGIO DE ABOGADOS)</i> _____
<b>NAME:</b> <i>I (NOMBRE:)</i> _____	<b>EMAIL:</b> <i>I (CORREO ELECTRÓNICO:)</i> _____
<b>TELEPHONE:</b> <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:**  **Government Charge**  **Deferred**  
(PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE: Cargo del gobierno Prorrogados  
Razón Por La Que No Se Han Pagado Los Honorarios: )

**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)**

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

\_\_\_\_ 206 **Formal Probate of Will / (Homologación formal de un testamento)**

\_\_\_\_ 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.)

<b>NAME:</b> (NOMBRE:)		<b>DATE OF BIRTH:</b> (FECHA DE NACIMIENTO:)	
<b>MAILING ADDRESS:</b> (DOMICILIO POSTAL:)			
<b>STREET ADDRESS:</b> (if different) (DOMICILIO: (si es distinto))			
<b>TELEPHONE (Home):</b> (NÚM. DE TELÉFONO (casa):)		<b>SSN: I (NÚM. DE SEGURO SOCIAL:)</b>	
<b>TELEPHONE (Cellular):</b> (NÚM. DE TELÉFONO (celular))		<b>EMAIL: (CORREO ELECTRÓNICO:)</b>	
<b>TELEPHONE (Work):</b> (NÚM. DE TELÉFONO (trabajo):)		<b>CERTIFICATION #</b> (NÚM. DE CERTIFICACIÓN)	
(for State-Licensed Fiduciaries ONLY)			
<b>RELATIONSHIP TO THE WARD OR (if an estate matter) THE DECEDENT:</b> (RELACIÓN CON EL PUPILO O (si es un asunto relacionado con un patrimonio sucesorio) EL DIFUNTO:)			
<b>PHYSICAL DESCRIPTION:</b> (DESCRIPCIÓN FÍSICA:)	<b>RACE:</b> (RAZA:)	<b>HEIGHT:</b> (ESTATURA)	<b>WEIGHT:</b> (PESO:)
	<b>EYE COLOR:</b> (COLOR DE LOS OJOS:)		<b>HAIR COLOR:</b> (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 (Maricopa County) Probate Court case number and you are filing in an existing Superior Court case in Maricopa 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 Maricopa) y usted está haciendo la presentación en un caso del Tribunal Superior del Condado Maricopa existente, NO PRESENTE ESTE FORMULARIO.)*