

律师或无律师上诉人 州律师公会编号： 姓名： 律所名称： 街道地址： 市： 州： 邮编： 电话号码： 传真号码： 电子邮箱地址： 律师委托人(姓名)：	仅供法院使用 <h1>仅供参考 不得向法院提交</h1>
加利福尼亚州县高等法院 街道地址： 邮寄地址： 市和邮政编码： 分院名称：	
《CARE 法案》诉讼程序委托人 (姓名)： 被告人	
启动《CARE 法案》诉讼程序申请书	案件编号： 不得向法院提交
有关填写本表格的信息, 请参阅 《适用于上诉人的信息——关于 CARE 法案》(CARE-050-INFO 表格)。	

1. 上诉人 (姓名)：

年满 18 岁且 (勾选所有适用选项)：

- | | |
|--|--|
| <p>a. <input type="checkbox"/> 与被告人一起生活。</p> <p>b. <input type="checkbox"/> 乃被告人的配偶或注册家庭伴侣、父母、兄弟姐妹、子女或祖父母。</p> <p>c. <input type="checkbox"/> 承担被告人父母角色的人员。</p> <p>d. <input type="checkbox"/> 上述县行为健康机构负责人*。</p> <p>e. <input type="checkbox"/> 过去 30 天内曾监督或负责被告人治疗的持照行为健康专业人员*。</p> <p>f. <input type="checkbox"/> 被告人住院医院的院长*。</p> <p>g. <input type="checkbox"/> *公共或慈善组织、机构或疗养院的负责人</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 过去 30 天内向被告人提供行为健康服务的人员；或</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 被告人居住所在机构的人员。</p> <p>h. <input type="checkbox"/> 被告人。</p> | <p>i. <input type="checkbox"/> 与被告人多次互动的先遣急救员, 包括治安官、消防员、护理人员、紧急医疗技术人员、流动应急人员或无家可归者外展社会工作者。</p> <p>j. <input type="checkbox"/> 上述县的公共监护人*或公共保护人*。</p> <p>k. <input type="checkbox"/> 根据《福利与机构法》第 5350 条提起的诉讼牵涉到的保护人或拟议保护人。</p> <p>l. <input type="checkbox"/> 上述县成人保护服务机构负责人*。</p> <p>m. <input type="checkbox"/> 过去 30 天内向被告人提供或目前正在向被告人提供行为健康服务的加州印第安人健康服务计划或加州部落行为健康部门的负责人*。</p> <p>n. <input type="checkbox"/> 主持被告人在过去 30 天内出庭的加州部落法院法官*。</p> |
|--|--|

*该人员可指定他人代替自己提交申请书。如果上诉人是指定人员, 则勾选此类别并将指定人员的姓名填入上述第 1 项。

2. a. 上诉人请求法院查明被告人 (姓名)：

有资格参与《CARE 法案》流程并为被告人启动《CARE 法案》诉讼程序。

b. 上诉人与被告人的关系 (写明并描述关系)：

《CARE 法案》诉讼程序委托人 (姓名):	案件编号:
被告人	不得向法院提交

2. c. 上诉人与被诉人的互动 (如果在第 1e、1f、1g 或 1i 项中指定了上诉人, 请说明与被诉人的互动次数和最近一次互动的日期, 并描述每次互动的性质和结果):

如果您需要额外的空间, 请写在另一张纸上并将其标为“附件 2c”。

3. 被诉人居住或最后一次被发现的地址 (如果已知并存在地址, 请提供被诉人的居住地址; 否则, 请说明地址未知, 并提供最后已知位置和其他任何联系信息, 如电话号码 (注明该号码是否可以接收短信) 或电子邮件地址):

如果您需要额外的空间, 请写在另一张纸上并将其标为“附件 3”。

4. 被告人 (勾选所有适用选项):

- a. 是上述县的居民。
- b. 目前在上述县居住。
- c. 是上述县高级法院未决刑事或民事诉讼的被告或被告人。
- d. 是县 (如果已知且不同于上述县, 请说明) 的居民:

5. 被告人符合以下各项要求, 有资格参加《CARE 法案》程序, 并可依据 CARE 协议或 CARE 计划获得服务和支持 (提供以下信息以支持各项要求):

- a. 被告人已年满 18 岁。 出生日期 (如已知):
年龄 (如果不知道确切年龄, 请给出大致年龄):
- b. 根据现行《精神障碍诊断与统计手册》的定义, 被告人经诊断患有精神分裂症谱系障碍或同一级别的其他精神病性障碍。诊断和其他信息请见
 - 《心理健康声明——CARE 法案诉讼程序》(CARE-101 表格), 见附件 6a。
 - 单独文件, 随附并标记为附件 5b。
 - 下文。

《CARE 法案》诉讼程序委托人 (姓名):	案件编号:
被告人	不得向法院提交

5. c. 被告人目前患有《福利与机构法》第 5600.3(b)(2) 条所定义的严重精神障碍, 且该精神障碍:
- (1) 十分严重, 持续存在;
 - (2) 可能导致出现严重干扰被告人日常生活主要活动的行为; **以及**
 - (3) 若不接受治疗、支持和康复服务, 则可能导致被告人长期或无限期无法稳定调节情绪和独立生活。
- 被告人障碍的严重程度、持续时间和风险的支持信息请见
- 《心理健康声明——CARE 法案诉讼程序》(CARE-101 表格), 见附件 6a。
 - 单独文件, 随附并标记为附件 5c。
 - 下文。

- d. 被告人当前在持续进行的自愿治疗中未达到稳定状态。被告人当前的稳定性和治疗详见
- 《心理健康声明——CARE 法案诉讼程序》(CARE-101 表格), 见附件 6a。
 - 单独文件, 随附并标记为附件 5d。
 - 下文。

《CARE 法案》诉讼程序委托人 (姓名):	案件编号:
被告人	不得向法院提交

5. e. 以下至少一项说法正确 (请完成 (1) 或 (2) 或两者):

- (1) 若无监督, 则被告人不太可能在社区中安全生存, 且被告人的病情持续恶化。被告人若无监督则不太可能在社区中安全生存的原因、被告人安全生存所需的监督类型以及被告人的身体或心理疾病最近的恶化程度详见
- 《心理健康声明——CARE 法案诉讼程序》(CARE-101 表格), 见附件 6a。
 单独文件, 随附并标记为附件 5e(1)。
 下文。

- (2) 被告人需要服务和支持, 以防止可能导致被告人或其他人严重残疾或严重伤害的病情复发或恶化。被告人所需服务和支持以及被告人可能遭受严重残疾或对自身或他人带来伤害的原因详见
- 《心理健康声明——CARE 法案诉讼程序》(CARE-101 表格), 见附件 6a。
 单独文件, 随附并标记为附件 5e(2)。
 下文。

- f. 参与 CARE 计划或 CARE 协议将是确保被告人恢复和稳定所需的限制最小的替代方案。可用替代治疗计划的描述, 及对被告人的自由限制较小的替代治疗计划为何不能确保被告人康复和稳定的原因请见
- 《心理健康声明——CARE 法案诉讼程序》(CARE-101 表格), 见附件 6a。
 单独文件, 随附并标记为附件 5f。
 下文。

《CARE 法案》诉讼程序委托人 (姓名):	案件编号:
被告人	不得向法院提交

5. g. 被告人有可能从参与 CARE 计划或 CARE 协议中获益。支持这一主张的原因请见

- 《心理健康声明——CARE 法案诉讼程序》(CARE-101 表格), 见附件 6a。
- 单独文件, 随附并标记为附件 5g。
- 下文。

6. 所需文件

兹附上支持本申请书的证据如下。(附上 a 或 b 中所列文件, 或两者同时附上, 并在所附每份文件或一组文件说明旁的方框内打勾)。

- a. 一份完整的《心理健康声明——CARE 法案诉讼程序》(CARE-101 表格), 一份持照行为健康专业人员的声明, 表明在本申请书提交前 60 天内, 专业人员或其指定人员
- (1) 检查了被告人, 并确定被告人符合参加《CARE 法案》诉讼程序资格的诊断标准; 或
 - (2) 多次尝试检查被告人, 但未能成功获得被告人配合, 并有理由 (具体解释) 相信被告人符合参加《CARE 法案》诉讼程序资格的诊断标准。

附上《心理健康声明——CARE 法案诉讼程序》(CARE-101 表格), 并将其标记为附件 6a。

- b. 表明被告人至少两次被收容进行强化治疗, 最近一次发生在过去 60 天内的证据。证据示例: 强化治疗证明副本、强化治疗证人所发声明或表明非自愿收容的其他文件以及长达 14 天的强化治疗证明。(按顺序附上所有支持文件并按顺序分别标记为附件 6b1、6b2、6b3 等)

注: 就《CARE 法案》而言, “强化治疗”是指《福利与机构法》第 5250 条批准的非自愿治疗。其**不**指代任何其他法规批准的治疗, 包括但不限于《福利与机构法》第 5150 条、第 5260 条和第 5270.15 条规定的治疗。

7. 其他法院诉讼 (如果您没有掌握某一字段要求提供的信息或该字段不适用, 则可以将该字段留空)

- a. 本申请书旨在答复被告人的其他法院诉讼移交程序。
- (1) 法院、部门和司法官员:
 - (2) 案件编号:
 - (3) 移交前被告人的诉讼程序类型:
 - (A) 轻罪起诉引发的精神行为能力诉讼 (《刑法典》第 1370.01 条)
 - (B) 门诊辅助治疗 (《福利与机构法》第 5346–5348 条)
 - (C) 《Lanterman-Petris Short 法案》监管权 (《福利与机构法》第 5350–5372 条)
 - (4) 附上移交命令并将其标记为附件 7a (可选)。
 - (5) 被告人在移交诉讼中的律师 (姓名):
 - (邮寄地址):
 - (电话号码):
 - (电子邮箱地址):

《CARE 法案》诉讼程序委托人 (姓名):	案件编号:
被告人	不得向法院提交

7. b. 被告人在青少年法院的抚养、违法行为或过渡案件司法管辖范围内。
- (1) 法院: (2) 案件编号:
- (3) 被告人在青少年法院诉讼中的律师 (姓名):
 (邮寄地址):
 (电话号码): (电子邮箱地址):
- c. 法院已为被告人指定保护人。
- (1) 法院: (2) 案件编号:
- (3) 被告人在监管权诉讼中的律师 (姓名):
 (邮寄地址):
 (电话号码): (电子邮箱地址):

其他信息 (如果您没有掌握某一字段要求提供的信息或该字段不适用, 则可以将该字段留空)

8. 部落归属关系
- a. 被告人是受联邦认可的印第安部落的成员。
部落名称和邮寄地址:
- b. 被告人正在接受加州印第安人健康服务计划、加州部落行为健康部门或加州部落法院的服务。
计划、部门或法院的名称和邮寄地址:
9. 请勾选以下任何属实的陈述, 如果您掌握了要求提供的信息, 则请提供该等信息:
- a. 被告人需要口译服务或残疾便利 (如果您知道, 请描述被告人的需求):
- b. 被告人享受区域中心提供的服务 (如果您知道, 请提供该中心名称以及被告人享受的服务):
- c. 被告人是州或联邦武装部队或预备役的现任或前任成员 (如果您知道, 请提供分支名称):

10. 附页数: _____

日期:

_____ **不得向法院提交**

(键入或正楷书写律师姓名) (律师签名)

根据加利福尼亚州法律, 本人声明以上信息真实、正确, 违者受伪证处罚。

日期:

_____ **不得向法院提交**

(键入或正楷书写上诉人姓名) (上诉人签名)