



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

2. c.  上诉人与被诉人的互动 (如果在第 1d、1e、1f 或 1g 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) 条所定义的严重心理疾病, 且该疾病:

- (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。

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

5. 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。

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。

《CARE 法案》诉讼程序委托人 (姓名): _____ <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">被告人</div>	案件编号: _____ <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">不得向法院提交</div>
--	--

6. 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。

**可选信息**

7. 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: \_\_\_\_\_

8.  本申请书基于其他法院的移交程序。

a. 法院、部门和司法官员: \_\_\_\_\_

b. 案件编号: \_\_\_\_\_

c. 移交前被告人的诉讼程序类型:

(1)  轻罪受审能力(《刑法典》第 1370.01 条)

(2)  门诊辅助治疗(《福利与机构法》第 5346-5348 条)

(3)  《Lanterman-Petris Short 法案》监管权(《福利与机构法》第 5350-5372 条)

附上法院命令并将其标记为附件 8 (可选)。

9. 勾选以下正确的陈述:

a.  被告人需要传译服务或纾困措施 (具体说明): \_\_\_\_\_

b.  被告人受少年法庭管辖 (具体说明哪个法庭): \_\_\_\_\_

c.  被告人目前处于监管之下 (具体说明哪个法庭): \_\_\_\_\_

d.  被告人享受区域中心提供的服务 (具体说明): \_\_\_\_\_

e.  被告人是州或联邦武装部队或预备役的现任或前任成员 (具体说明哪个分支): \_\_\_\_\_

10. 附页数: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

---

(键入或正楷书写律师姓名)

**不得向法院提交**

(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: \_\_\_\_\_

---

(键入或正楷书写上诉人姓名)

**不得向法院提交**

(上诉人签名)