

សម្ងាត់

CARE-100 CM

មេធាវី ឬអ្នកដាក់ពន្ធនីតិវិធីដែលគ្មានលេខមេធាវី ឈ្មោះ៖ ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន៖ អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ ទីក្រុង៖ លេខទូរសព្ទ៖ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖ មេធាវីសម្រាប់ (នាមត្រកូល)៖	លេខសម្គាល់មេធាវីរដ្ឋ៖ រដ្ឋ៖ លេខប្រឹក្សាជំនុំជម្រះ៖ លេខទូរសារ៖	សម្រាប់ការប្រើប្រាស់របស់តុលាការប៉ុណ្ណោះ៖ សម្រាប់ជាព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ៖ កុំដាក់ឯកសារជាមួយតុលាការ
តុលាការកំពូលនៃរដ្ឋ California ខោនធីនៃ អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ៖ ទីក្រុងនិងប្រឹក្សាជំនុំជម្រះ៖ ឈ្មោះសាខា៖		
នីតិវិធី CARE ACT សម្រាប់ (ឈ្មោះ)៖	អ្នកឆ្លើយតប	
ញាតិដើម្បីចាប់ផ្តើមនីតិវិធី CARE ACT	លេខករណី៖ កុំដាក់ឯកសារជាមួយតុលាការ	
សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការបំពេញទម្រង់នេះ សូមមើល ព័ត៌មានសម្រាប់អ្នកដាក់ពន្ធនីតិវិធី CARE Act (ទម្រង់ CARE-050-INFO) សូមចូលទៅគេហទំព័រ CARE Act ស្តីពីគេហទំព័រជំនួយខ្លួនឯងនៅ https://selfhelp.courts.ca.gov/care-act ឬទំនាក់ទំនងមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយខ្លួនឯងនៃតុលាការមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងរកទីកន្លែងនិងម៉ោងធ្វើការរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយខ្លួនឯង សូមចុចលើ https://selfhelp.courts.ca.gov/self-help/find-self-help ។		

- ខ្ញុំ (ដាក់បញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នកនៅទីនេះ)៖**
 កំពុងស្នើសុំតុលាការឱ្យស្វែងរកថា (ឈ្មោះរបស់មនុស្សដែលអ្នកចង់បានសេវាកម្មឱ្យ ដែលត្រូវបានហៅថាជាអ្នកឆ្លើយតប)៖
- មានសិទ្ធិដើម្បីចូលរួមក្នុងដំណើរការ CARE Act។ អ្នកឆ្លើយតបបានកើតនៅ (កាលបរិច្ឆេទកំណើត ប្រសិនបើអ្នកដឹង)៖ ឬ
 ខ្ញុំមិនដឹងកាលបរិច្ឆេទកំណើតរបស់អ្នកឆ្លើយតប ប៉ុន្តែអ្នកឆ្លើយតប (អាយុប្រមាណ ជាចំនួនឆ្នាំ)៖ ឆ្នាំ។
- ខ្ញុំមានអាយុ 18 ឆ្នាំឬច្រើនជាងនេះហើយ (គូសយកប្រភេទទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទងនឹងអ្នក)៖
 - ☐ មនុស្សដែលរស់នៅជាមួយអ្នកឆ្លើយតប។
 - ☐ ប្តីប្រពន្ធ ឬដៃគូក្នុងផ្ទះដែលបានចុះឈ្មោះ ឪពុកម្តាយ បងប្អូនបង្កើត កូន ឬជីដូនជីតានៃអ្នកឆ្លើយតប។
 - ☐ មនុស្សដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមជាឪពុកឬម្តាយរបស់អ្នកឆ្លើយតប។
 - ☐ នាយកទីភ្នាក់ងារសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់ខោនធីនេះ។*
 - ☐ អ្នកជំនាញសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ ដែលកំពុងឬបាន ទទួលការព្យាបាល ឬការត្រួតពិនិត្យការព្យាបាលរបស់អ្នកឆ្លើយតបក្នុងអំឡុងពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយនេះ។*
 - ☐ នាយកនៃមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកឆ្លើយតបត្រូវបានសម្រាកព្យាបាល។*
 - ☐ នាយកអង្គការសាធារណៈ ឬសប្បុរសធម៌ ឬលំនៅឋាន
 - ☐ ដែលកំពុង ឬដែលបានផ្តល់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាដល់អ្នកឆ្លើយតបក្នុងអំឡុងពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយនេះ* ឬ
 - ☐ ដែលអ្នកឆ្លើយតបបានស្នាក់ក្នុងស្ថាប័នរបស់ខ្លួន។*
 - ☐ អ្នកឆ្លើយតប។
 - ☐ អ្នកឆ្លើយតបដំបូង - រួមទាំងមន្ត្រីសន្តិភាព អ្នកពន្លត់អគ្គិភ័យ អ្នកជំនួយផ្ទះបំណុល អ្នកបច្ចេកទេសពេទ្យសង្គ្រោះបន្ទាន់ បុគ្គលិកឆ្លើយតបវិបត្តិចល័ត ឬអ្នកធ្វើការផ្សព្វផ្សាយដល់ជនគ្មានផ្ទះសម្បែង - ដែលបានធ្វើការប្រាស្រ័យទាក់ទងម្តងហើយម្តងទៀតជាមួយអ្នកឆ្លើយតប។
 - ☐ អាណាព្យាបាលសាធារណៈ ឬអ្នកអភិរក្សសាធារណៈរបស់ខោនធីនេះ។*
 - ☐ អ្នកអភិរក្ស ឬអ្នកអភិរក្សដែលត្រូវបានស្នើបញ្ជូនពីនីតិវិធីនៅក្រោមក្រម ច្បាប់សុខុមាលភាព និងស្ថាប័ន ផ្នែក 5350។
 - ☐ នាយកនៃសេវាការពារមនុស្សចាស់នៃខោនធីនេះ។*
 - ☐ នាយកកម្មវិធីសេវាសុខភាពរបស់ជនជាតិអាមេរិកស្បែកក្រហមរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ឬនាយកដ្ឋានសុខភាពអាកប្បកិរិយាសម្ព័ន្ធ ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយនេះ បានផ្តល់ ឬកំពុងផ្តល់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាដល់អ្នកឆ្លើយតប។*
 - ☐ ចៅក្រមតុលាការកុលសម្ព័ន្ធរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាដែលអ្នកឆ្លើយតបនោះបានទៅបង្ហាញខ្លួន ក្នុងអំឡុងពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយនេះ។*
- ខ្ញុំបានមានអន្តរកម្មជាមួយអ្នកឆ្លើយតបដូចតទៅ (ពិពណ៌នាពេលវេលា (ផ្តល់ជាកាលបរិច្ឆេទ) ដែលអ្នកបានជួបគេចុងក្រោយ ហើយនិងអ្វីដែលបានកើតឡើង នៅអ្នកធ្វើការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយអ្នកឆ្លើយតប)៖

នីតិវិធី CARE ACT សម្រាប់ (ឈ្មោះ)៖ សម្រាប់ជាព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ	លេខករណី៖ កុំដាក់ឯកសារជាមួយតុលាការ
--	--

4. a. អ្នកឆ្លើយតបរស់នៅឬត្រូវបានរកឃើញចុងក្រោយនៅ (ផ្តល់អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកឆ្លើយតបប្រសិនបើពួកគេមាន ឬស្គាល់វា រួមទាំងរួមទាំងប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ដែលពួកគេទទួលបានសំបុត្រ។ បើមិនដូច្នោះទេ សូមពិពណ៌នាកន្លែងដែលអ្នកឆ្លើយតបរស់នៅ ទីតាំងចុងក្រោយដែលពួកគេស្នាក់នៅ ឬទីតាំងដែលពួកគេត្រូវបានរកឃើញញឹកញាប់)៖
- b. ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងដទៃទៀតរបស់អ្នកឆ្លើយតបគឺជា៖
(លេខទូរសព្ទ ប្រសិនបើមាន)៖ អ្នកឆ្លើយតប ☐ តបត ☐ មិនតបតនឹងសារជាអក្សរ។
(អាសយដ្ឋាន ប្រសិនបើមាន)៖
- c. ខ្ញុំជឿថារបៀបដ៏ល្អបំផុតដើម្បីទាក់ទងអ្នកឆ្លើយតបគឺ (តុលាការទាំងអស់ដែលអនុវត្ត) ៖
(1) ☐ ដោយការទៅជួបដោយផ្ទាល់
(2) ☐ ដោយការទូរសព្ទទៅពួកគេ
(3) ☐ ដោយការផ្ញើសារជាអក្សរដល់ពួកគេ
(4) ☐ ដោយការផ្ញើសារតាមអ៊ីម៉ែលទៅពួកគេ
(5) ☐ ដោយការផ្ញើសំបុត្រទៅពួកគេ
(6) ☐ តាមវិធីផ្សេងទៀត (ពិពណ៌នា)៖
- d. ☐ អ្នកឆ្លើយតបត្រូវការជំនួយ ☐ ការអាន ☐ ការស្តាប់ឮ ឬការយល់ ☐ ការនិយាយភាសា អង់គ្លេស។
ភាសានិយមប្រើរបស់អ្នកឆ្លើយតប (បញ្ជាក់ប្រាប់អំពីភាសា)៖
5. អ្នកឆ្លើយតប (តុលាការយក a ឬ b; ប្រសិនបើអ្នកតុលាការយក b, អ្នកត្រូវតែតុលាការយក (1) ឬ (2))៖
- a. ☐ គឺជាអ្នកតាំងទីលំនៅក្នុងខោនធីដែលពួកគេត្រូវបានដាក់។
- b. ☐ មិនមែនជាអ្នកតាំងទីលំនៅក្នុងខោនធីដែលពួកគេត្រូវបានដាក់នោះទេ។
ខោនធីនៃលំនៅឋានរបស់អ្នកឆ្លើយតបគឺ (ប្រសិនបើអ្នកដឹង)៖
(1) ☐ អ្នកឆ្លើយតបមានទីតាំងនៅខោនធីដែលពួកគេត្រូវបានដាក់។
(2) ☐ អ្នកឆ្លើយតបគឺជាចុងចោទ ឬអ្នកឆ្លើយតបក្នុងដំណើរការនីតិវិធីព្រហ្មទណ្ឌ ឬរដ្ឋប្បវេណីដែលកំពុងរង់ចាំនៅក្នុងតុលាការកំពូលនៃខោនធីដែលពួកគេត្រូវបានដាក់។
6. ភស្តុតាងដែលគាំទ្រពួកគេនេះរួមមាន (អ្នកត្រូវតែពិនិត្យ និងផ្តល់យ៉ាងហោចណាស់មួយក្នុងចំណោមខាងក្រោម)៖
- a. ☐ សេចក្តីប្រកាសរបស់អ្នកជំនាញសុខភាពខាងអាកប្បកិរិយាដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណម្នាក់ (ទម្រង់ [CARE-101](#)) ត្រូវបានភ្ជាប់មកនឹងមានឈ្មោះថាជាឯកសារភ្ជាប់ 6a.
- b. ☐ សេចក្តីថ្លែងការណ៍ ឬឯកសារដែលបង្ហាញថាអ្នកឆ្លើយតបត្រូវបានសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យពីរដង ឬច្រើនដងសម្រាប់ការព្យាបាលដោយមិនស្ម័គ្រចិត្ត ហើយការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យដោយមិនស្ម័គ្រចិត្តចុងក្រោយបំផុតបានបញ្ចប់តិចជាង 60 ថ្ងៃមុន។
- កំណត់ចំណាំ៖** ដូចដែលបានប្រើនៅក្នុងទម្រង់នេះ, “ការព្យាបាលដោយមិនស្ម័គ្រចិត្ត” សំដៅលើការផ្អាករយៈពេល 14 ថ្ងៃដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ ច្បាប់សុខុមាលភាព និងស្ថាប័ន 5250 ។ វា **មិន** សំដៅទៅលើការព្យាបាលដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយដោយលក្ខន្តិកៈផ្សេងទៀត រួមទាំងប៉ុន្តែមិនកំណត់តែចំពោះផ្នែកច្បាប់សុខុមាលភាព និងស្ថាប័ន ផ្នែក 5150, 5260, 5270.15, និង 5270.70។
- (ប្រសិនបើអ្នកតុលាការយក 6b នៅខាងលើ សូមពិនិត្យ (1) ហើយផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោម ឬពិនិត្យ (2) ហើយភ្ជាប់ឯកសារ ឬធ្វើទាំងពីរ។)
- (1) ☐ ខ្ញុំដឹងដោយផ្ទាល់ថា អ្នកឆ្លើយតបបានសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ការព្យាបាលដោយមិនស្ម័គ្រចិត្ត។ (ពិពណ៌នាអំពីអ្វីដែលបានកើតឡើងរៀងរាល់ពេល ហើយពន្យល់អំពីវិធីដែលអ្នកដឹងអំពីរឿងនេះ។)
- (2) ☐ ខ្ញុំបានភ្ជាប់ឯកសារដែលបង្ហាញថាអ្នកឆ្លើយតបត្រូវបានសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យពីរដងឬច្រើនដងសម្រាប់ការព្យាបាលដោយមិនស្ម័គ្រចិត្ត ហើយបានដាក់ស្លាកឯកសារភ្ជាប់ 6b1, 6b2, 6b3 ។ល។ (រួមជាមួយ ជាឧទាហរណ៍ សេចក្តីប្រកាសដែលបានចុះហត្ថលេខារបស់ខ្លួន (លុះត្រាតែអ្នកមានចំណេះដឹងផ្ទាល់ខ្លួនអំពីការព្យាបាលដោយមិនស្ម័គ្រចិត្តរបស់អ្នកឆ្លើយតប) ច្បាប់ចម្លងនៃវិញ្ញាបនប័ត្រសម្រាប់ការព្យាបាលកម្រិតធ្ងន់ សេចក្តីប្រកាសដែលបានចុះហត្ថលេខាដោយបុគ្គលដែលបានឃើញពីការព្យាបាលដោយមិនស្ម័គ្រចិត្តរបស់អ្នកឆ្លើយតប ឬកំណត់ត្រាផ្សេងទៀត។)

នីតិវិធី CARE ACT សម្រាប់ (ឈ្មោះ)៖		លេខករណី៖
សម្រាប់ជាព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ		កុំដាក់ឯកសារជាមួយតុលាការ
អ្នកឆ្លើយតប		

7. យ៉ាងអស់ពីចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ អ្នកឆ្លើយតបបំពេញតាមតម្រូវការនីមួយៗនៅខាងក្រោម៖

☐ គូសផឹកត្រង់នេះ ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលត្រូវបានស្នើសុំទាំងអស់ក្នុងកម្មវត្ថុលេខ 7a រហូតដល់ លេខ 7f ត្រូវបានរួមបញ្ចូលក្នុងទម្រង់បែបបទ CARE-101។ ប្រសិនបើមាន អ្នកអាចរំលងសំណួរដែលនៅសល់ទាំងនេះ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើស។ បើមិនដូច្នោះទេ ពន្យល់ខាងក្រោម។

កំណត់ចំណាំ៖ សេចក្តីលំអិតខ្លះដែលអ្នករួមបញ្ចូលក្នុងកម្មវត្ថុលេខ 7a រហូតដល់ លេខ 7f អាចជាន់គ្នា។ ប្រសិនបើអ្នកសម្គាល់ឃើញថាអ្នកកំពុងនិយាយច្រើន ដែល អ្នកអាចនិយាយថាអ្នកបានផ្តល់ព័ត៌មានរួចហើយ ហើយប្រាប់ពីកន្លែងដែលអ្នកបាននិយាយវាពីមុន។

a. អ្នកឆ្លើយតបមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺបែកខ្ញែកស្មារតី ឬជំងឺផ្លូវចិត្តផ្សេងទៀតនៅក្នុងចំណាត់ថ្នាក់ដូចគ្នា ដូចដែលបានកំណត់ក្នុង *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* បច្ចុប្បន្ន។ (សូមពន្យល់ខាងក្រោម)៖

b. អ្នកឆ្លើយតបបច្ចុប្បន្នកំពុងមានជំងឺផ្លូវចិត្តយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ ដូចដែលបានកំណត់នៅក្នុងក្រម ច្បាប់សុខុមាលភាព និងស្ថាប័ន មាត្រា 5600.3(b)(2) ព្រោះតែជំងឺនេះ៖

- (1) មានកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ និងមានរយៈពេលយូរ
- (2) អាចបណ្តាលឲ្យមាន ឬបានបណ្តាលឲ្យមានអាកប្បកិរិយាដែលប៉ះពាល់យ៉ាងខ្លាំងទៅលើសកម្មភាពសំខាន់ៗនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នកឆ្លើយតប **ហើយ**
- (3) អាចបណ្តាលឱ្យ ឬបានបណ្តាលឱ្យមានអសមត្ថភាពក្នុងការរក្សាការកែសម្រួលដែលមានស្ថេរភាព និងការបំពេញមុខងារដោយឯករាជ្យដោយគ្មានការព្យាបាល ការគាំទ្រ និងការស្តារឡើងវិញសម្រាប់រយៈពេលយូរឬមិនកំណត់។

(ពិពណ៌នាស្ថានភាពធ្ងន់ធ្ងរ រយៈពេល និងឥទ្ធិពលនៃជំងឺផ្លូវចិត្តរបស់អ្នកឆ្លើយតបនៅខាងក្រោម)៖

c. អ្នកឆ្លើយតបបច្ចុប្បន្នមិនមានស្ថេរភាពក្នុងការព្យាបាលដោយស្ម័គ្រចិត្តដែលកំពុងបន្តនោះទេ។ (ពិពណ៌នាស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន និងការព្យាបាលដែលកំពុងបន្ត ណាមួយ របស់អ្នកឆ្លើយតប ខាងក្រោម)៖

d. យ៉ាងហោចណាស់មួយក្នុងចំណោមខាងក្រោមគឺពិត (ពេញលេញ (1) ឬ (2) ឬទាំងពីរ) ៖

- (1) ☐ អ្នកឆ្លើយតបទំនងជាមិនអាចនៅរស់បានដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងសហគមន៍ដោយគ្មានការត្រួតពិនិត្យ **ហើយ** ស្ថានភាពរបស់អ្នកឆ្លើយតបគឺកាន់តែយ៉ាប់ យឺតខ្លាំង។ (ពន្យល់អំពីមូលហេតុដែលអ្នកឆ្លើយតបប្រហែលជាមិនអាចរស់រានដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងសហគមន៍ ពិពណ៌នាអំពីហេតុនៃការត្រួតពិនិត្យ អ្នកដែលឆ្លើយតបត្រូវការដើម្បីរស់រានដោយសុវត្ថិភាព ហើយពិពណ៌នាអំពីស្ថានភាពខាងរាងកាយនិងផ្លូវចិត្ត ដែលចុះដុះជាបន្តបន្ទាប់នេះ៖

នីតិវិធី CARE ACT សម្រាប់ (ឈ្មោះ)៖ សម្រាប់ជាព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ	លេខករណី៖ កុំដាក់ឯកសារជាមួយតុលាការ
--	--

7. d. (2) ☐ អ្នកឆ្លើយតបត្រូវការសេវាកម្មនិងការគាំទ្រដើម្បីបង្ការការលាប់ជំងឺមកវិញ ឬភាពយ៉ាប់យឺនដែលអាចនឹងនាំឱ្យមានភាពពិការធ្ងន់ធ្ងរ ឬគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ ដល់អ្នកឆ្លើយតបឬអ្នកដទៃ។ (ពិពណ៌នាអំពីសេវាកម្ម និងជំនួយដែលត្រូវការដោយអ្នកឆ្លើយតប ហើយពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអ្នកឆ្លើយតបនឹង ក្លាយទៅជាពិការយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ ឬបង្ហាញពីហានិភ័យនៃគ្រោះថ្នាក់ដល់ខ្លួនឯង ឬអ្នកដទៃដោយគ្មានពួកគេ)៖

e. ការចូលរួមក្នុងផែនការ CARE ឬកិច្ចព្រមព្រៀង CARE គឺជាជម្រើសជំនួសដែលមានការដាក់កំហិតតិចតួចបំផុតដែលចាំបាច់ដើម្បីធានាការជាសះស្បើយនិងស្ថេរ ភាពរបស់អ្នកឆ្លើយតប។ (ពន្យល់ហេតុអ្វីបានជាមិនមានផែនការព្យាបាលមិនសូវតឹងរឹងដទៃទៀតដែលអាចមានដំណើរការល្អសម្រាប់អ្នកឆ្លើយតប)៖

f. អ្នកឆ្លើយតបទំនងជាអាចទទួលបានផលប្រយោជន៍ពីការចូលរួមក្នុងផែនការ CARE ឬកិច្ចព្រមព្រៀង CARE ពីព្រោះ (សូមពន្យល់ខាងក្រោម)៖

8. **ជាជម្រើស៖ ព័ត៌មានផ្សេងទៀត** (ប្រសិនបើអាច សូមពិនិត្យមើលសេចក្តីថ្លែងខាងក្រោមណាមួយដែលជាការពិត ហើយផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ ប្រសិនបើអ្នកដឹង)៖

a. ☐ អ្នកឆ្លើយតបត្រូវការសេវាអ្នកបកប្រែ ឬការសម្របសម្រួលសម្រាប់ភាពពិការ។ (ប្រសិនបើអ្នកដឹង ពណ៌នានូវអ្វីដែលពួកគេត្រូវការ)៖

b. ☐ អ្នកឆ្លើយតបត្រូវបានមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ប្រគល់បណ្តឹងឱ្យ។ (ប្រសិនបើអ្នកដឹង សូមផ្តល់ឈ្មោះ និងសេវារបស់មជ្ឈមណ្ឌល ដែលពួកគេទទួល)៖

c. ☐ អ្នកឆ្លើយតបគឺជា ឬធ្លាប់ជាសមាជិកនៃសេវាប្រដាប់អាវុធរបស់រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធ ឬបម្រុង។ (ប្រសិនបើអ្នកដឹង ផ្តល់ឈ្មោះរបស់សាខា)៖

d. ☐ អ្នកឆ្លើយតបគឺជាសមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះរបស់កុលសម្ព័ន្ធជនជាតិដើមអាមេរិកស្បែកក្រហមរៀបចំដោយសហព័ន្ធ។ (ប្រសិនបើអ្នកដឹង ផ្តល់ឈ្មោះ និង អាសយដ្ឋានទទួលសំបុត្ររបស់កុលសម្ព័ន្ធ)៖

e. ☐ អ្នកឆ្លើយតបកំពុងទទួលបានសេវាពីកម្មវិធីសេវាសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិកស្បែកក្រហមកាលីហ្វ័រញ៉ា នាយកដ្ឋានសុខភាពអាកប្បកិរិយាកុលសម្ព័ន្ធកាលីហ្វ័រ ញ៉ា ឬតុលាការកុលសម្ព័ន្ធកាលីហ្វ័រញ៉ា។ (ប្រសិនបើអ្នកដឹង សូមផ្តល់ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានទទួលសំបុត្ររបស់កម្មវិធី នាយកដ្ឋាន ឬតុលាការ) ៖

នីតិវិធី CARE ACT សម្រាប់ (ឈ្មោះ)៖		លេខករណី៖
សម្រាប់ជាព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ		កុំដាក់ឯកសារជាមួយតុលាការ
អ្នកឆ្លើយតប		

8. f. ☐ អ្នកឆ្លើយតបគឺស្ថិតនៅក្នុងភាពអាស្រ័យ ការប្រព្រឹត្តបទល្មើស ឬឫត្តាធិការការផ្លាស់ប្តូររបស់តុលាការអនីតិជន។ (ប្រសិនបើអ្នកដឹង សូមផ្តល់ព័ត៌មាននៅខាងក្រោម)៖
- (1) តុលាការ៖
- (2) លេខករណី៖
- (3) មេធាវីរបស់អ្នកឆ្លើយតប នៅក្នុងនីតិវិធីតុលាការអនីតិជន (ឈ្មោះ)៖
(អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ)៖ (អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល)៖
(លេខទូរសព្ទ)៖
- g. ☐ អ្នកឆ្លើយតបមានអ្នកអភិរក្សចាត់តាំងដោយតុលាការម្នាក់។ (ប្រសិនបើអ្នកដឹង សូមផ្តល់ព័ត៌មាននៅខាងក្រោម)៖
- (1) តុលាការ៖
- (2) លេខករណី៖
- (3) មេធាវីរបស់អ្នកឆ្លើយតបនៅក្នុងនីតិវិធីតុលាការភាពអភិរក្ស (ឈ្មោះ)៖
(អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ)៖ (អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល)៖
(លេខទូរសព្ទ)៖
9. ការបញ្ជូនរបស់តុលាការ (សូមបំពេញចំណុចនេះ ប្រសិនបើអ្នកនុវត្តតែប៉ុណ្ណោះ; ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹងអំពីព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំមួយចំនួន សូមទុកផ្នែកនោះនៅទំនេរ);
- ☐ ញត្តិនេះត្រូវបានដាក់ជាការឆ្លើយតបចំពោះការបញ្ជូនរបស់អ្នកឆ្លើយតប ពីនីតិវិធីតុលាការមួយទៀត។
- a. មន្ត្រីតុលាការ នាយកដ្ឋាន និងចៅក្រម៖
- b. លេខករណី៖
- c. ប្រភេទនៃនីតិវិធីដែលអ្នកឆ្លើយតបត្រូវបានយោងទៅ (តួសន្លឹកយកមួយ)៖
- (1) ☐ ដំណើរការសមត្ថភាពផ្លូវចិត្តដែលកើតចេញពីការកាត់ទោសព្រហ្មទណ្ឌ (Pen. ក្រម, §§ 1370, 1370.01)
- (2) ☐ ការព្យាបាលដែលមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យដោយមានជំនួយ (ច្បាប់សុខុមាលភាព និងស្ថាប័ន, §§ 5346-5348)
- (3) ☐ ភាពអភិរក្ស ច្បាប់ Lanterman-Petris-Short (ច្បាប់សុខុមាលភាពនិងស្ថាប័ន §§ 5350-5372)
- d. ☐ ការបញ្ជូនត្រូវបានភ្ជាប់ និងដាក់ស្លាកថាជាឯកសារភ្ជាប់ទី 9 (ជាជម្រើស)។
- e. មេធាវីរបស់អ្នកឆ្លើយតប នៅក្នុងនីតិវិធីដែលបានបញ្ជូន (ឈ្មោះ)៖
(អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ)៖ (អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល)៖
(លេខទូរសព្ទ)៖
10. ចំនួនទំព័រដែលបានដាក់ភ្ជាប់៖ _____

កាលបរិច្ឆេទ៖

(ហត្ថលេខារបស់មេធាវី ប្រសិនបើមាន)

ខ្ញុំសូមប្រកាសនៅក្រោមការពិន័យលើការត្រួតពិនិត្យច្បាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាថាព័ត៌មានទាំងអស់ខាងលើគឺពិតនិងត្រឹមត្រូវ។

កាលបរិច្ឆេទ៖

សម្រាប់ជាព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ៖

(ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ញត្តិ)