

# 제한 공개

CARE-100 K

변호사 또는 변호사가 없는 신청인 이름: 법무법인 이름: 거리 주소: 시: 주: 우편번호: 전화번호: 팩스번호: 이메일 주소: 변호인이 대리하는 당사자(이름):	주 변호사 면허 번호: 법원용 정보 제공 전용 법원에 제출하지 마십시오
캘리포니아주 상급 법원, 소재 카운티 거리 주소: 우편 주소: 시 및 우편번호: 법원 이름:	
CARE 법 절차 대상(이름): 피신청인	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오
<b>CARE 법 절차 개시 신청서</b>	
본 양식 작성을 위한 정보에 대해서는 CARE 법 관련 신청인 정보(CARE-050-INFO 양식)를 참조한다.	

1. 신청인(이름):

18세 이상이며 (해당 사항 모두 체크)

- |  |   |
|--|---|
| a. <input type="checkbox"/> 피신청인과 동거하는 사람.<br>b. <input type="checkbox"/> 피신청인의 배우자 또는 등록된 동거인, 부모, 형제자매, 자녀 또는 조부모.<br>c. <input type="checkbox"/> 피신청인의 부모를 대신하는 지위에 있는 사람.<br>d. <input type="checkbox"/> 위에 명시된 카운티의 카운티 행동건강관리국 책임자*.<br>e. <input type="checkbox"/> 지난 30일 이내에 피신청인을 치료하거나 또는 치료를 감독한 면허를 소지한 행동 건강 관리 전문가*.<br>f. <input type="checkbox"/> 피신청인이 입원한 병원의 책임자*.<br>g. <input type="checkbox"/> 공공 또는 자선 단체, 기관 또는 가정의 책임자*<br>(1) <input type="checkbox"/> 지난 30일 이내에 피신청인에게 행동 건강 관리 서비스를 제공했거나 제공하는 사람.<br>(2) <input type="checkbox"/> 피신청인이 거주하는 기관의 책임자.<br>h. <input type="checkbox"/> 피신청인. | i. <input type="checkbox"/> 피신청인과 반복적으로 상호 작용한 보안관, 소방관, 구급대원, 응급 의료 기술자, 이동 위기 대응 요원 또는 노숙자 봉사 활동가를 포함한 최초 대응인.<br>j. <input type="checkbox"/> 위에 명시된 카운티의 공공 후견인* 또는 공공 후견인*.<br>k. <input type="checkbox"/> 복지 및 기관 코드 섹션 5350에 따른 소송에서 추천된 후견인 또는 후견인 후보자.<br>l. <input type="checkbox"/> 위에 명시된 카운티의 성인보호서비스 책임자*.<br>m. <input type="checkbox"/> 지난 30일 이내에 응답자에게 행동 건강 서비스를 제공했거나 현재 제공하고 있는 캘리포니아 인디언 보건 서비스 프로그램 또는 부족 행동 건강 부서의 책임자*.<br>n. <input type="checkbox"/> 응답자가 지난 30일 이내에 출두한 캘리포니아 부족 법원 판사*. |
|--|---|

\* 해당인은 자신을 대리하여 청원서를 제출할 다른 사람을 지정할 수 있다. 청원인이 피지정인인 경우 이 카테고리에 체크하고 위 1번 항목에 피지정인의 이름을 입력한다.

2. a. 신청인은 법원에 피신청인(이름)에 대해 다음과 같이 판단해 줄 것을 요청한다.

피신청인은 CARE 법 절차에 참여할 자격이 있으므로 피신청인을 위한 CARE 법 절차를 개시한다.

b. 신청인과 피신청인의 관계(관계를 구체적으로 적시하고 설명):

# 제한 공개

CARE-100 K

CARE 법 절차 대상(이름):	사건 번호: <b>법원에 제출하지 마십시오</b>
피신청인	

2. c.  신청인과 피신청인의 상호 작용(신청인이 1e, 1f, 1g 또는 1i에 명시된 경우, 피신청인과의 상호 작용 횟수와 가장 최근의 상호 작용 날짜를 명시하고, 각 상호 작용의 성격과 결과를 설명):

추가 공간이 필요한 경우 별도의 종이에 작성하여 첨부 문서 2c로 표시하도록 한다.

3. 피신청인이 살고 있거나 마지막으로 발견된 장소(피신청인의 거주지가 존재하고 주소가 파악된 경우 이를 공개하도록 하며, 거주지가 없거나 파악할 수 없는 경우 주소를 알 수 없다고 진술하고 파악된 가장 최근의 거주지 위치와 해당 전화번호로 문자 수신 가능한지 여부를 포함하여 전화번호 또는 이메일 주소 등 추가 연락처 정보를 제공):

추가 공간이 필요한 경우 별도의 종이에 작성하여 첨부 문서 3으로 표시하도록 한다.

4. 피신청인(해당 사항 모두 체크):

- a.  위에 명시된 카운티의 거주자이다.
- b.  현재 위에 명시된 카운티에 위치하고 있다.
- c.  위에 명시된 카운티의 카운티 상급 법원에 계류 중인 형사 또는 민사 소송의 피고 또는 피청구인이다.
- d.  다음 카운티에 거주하고 있다(위에 명시된 카운티와 다른 카운티이며 위치가 파악된 경우 기재).

5. 피신청인은 다음 각 요건을 충족하며 CARE 법 절차에 참여하고 CARE 협약 또는 CARE 보험에 따라 서비스 및 지원을 받을 자격이 있다 (각 요건을 뒷받침하기 위해 아래 정보를 제공할 것).

- a. 피신청인은 18세 이상이다. 생년월일(파악된 경우):  
연령(정확한 연령을 알 수 없는 경우 대략적인 연령 기재):
- b. 피신청인은 현재 정신 장애의 진단 및 통계 편람에 정의된 바와 같이 조현병 스펙트럼 장애 또는 동일한 등급의 기타 정신 장애 진단을 받았다. 진단 및 추가 정보는 다음과 같이 제공된다.
  - 첨부 문서 6a로 첨부된 정신 건강 진단서—CARE 법 절차(CARE-101 양식).
  - 첨부 문서 5b로 표시되어 첨부된 별도의 문서.
  - 아래 기재.

CARE 법 절차 대상(이름):	사건 번호:
피신청인	법원에 제출하지 마십시오

5. c. 피신청인은 현재 복지 및 기관법 제5600.3(b)(2)조에 정의된 심각한 정신 질환을 가지고 있는데,
- (1) 정도가 심하고 상당 기간 지속되고 있으며,
  - (2) 피신청인의 주요 일상 생활 활동에 실질적으로 지장을 주는 행동을 유발할 수 **있고**,
  - (3) 장기간 또는 무기한 치료, 지원 및 재활 없이는 피신청인이 안정적인 적응과 독립적인 기능을 유지할 수 없게 될 수 있다.
- 피신청인의 장애에 대한 중증도, 기간 및 위험에 관한 추가 정보를 다음과 같이 제공한다.
- 첨부 문서 6a로 첨부된 정신 건강 진단서—CARE 법 절차(CARE-101 양식).
  - 첨부 문서 5c로 표시되어 첨부된 별도의 문서.
  - 아래 기재.

- d. 피신청인은 현재 진행 중인 자발적 치료에서 안정되지 않고 있다. 피신청인의 현재 안정성 및 치료에 대해서는 다음에서 설명한다.
- 첨부 문서 6a로 첨부된 정신 건강 진단서—CARE 법 절차(CARE-101 양식).
  - 첨부 문서 5d로 표시되어 첨부된 별도의 문서.
  - 아래 기재.

CARE 법 절차 대상(이름):	사건 번호: <b>법원에 제출하지 마십시오</b>
피신청인	

5. e. 다음 중 적어도 하나는 진실이다((1)이나 (2), 또는 둘 다 작성).

(1)  감독 없이는 피신청인이 지역사회에서 안전하게 생존할 가능성이 낮고 피신청인의 상태가 상당히 악화되고 있다. 피신청인이 지역사회에서 안전하게 생존할 가능성이 낮은 이유, 피신청인이 안전하게 생존하기 위해 필요한 감독의 유형, 피신청인의 신체적 또는 정신적 상태가 최근 악화된 정도에 대해서는 다음에서 설명한다.

- 첨부 문서 6a로 첨부된 정신 건강 진단서—CARE 법 절차(CARE-101 양식).
- 첨부 문서 5e(1)로 표시되어 첨부된 별도의 문서.
- 아래 기재.

(2)  심각한 장애를 초래하거나 피신청인이나 타인에게 심각한 해를 초래할 가능성이 있는 재발 또는 악화를 방지하기 위해 피신청인에게 서비스 및 지원이 필요하다. 피신청인에게 필요한 서비스와 지원 및 피신청인에게 심각한 장애가 초래되거나 자신이나 타인에게 해를 입힐 위험이 있는 이유에 대해서는 다음에서 설명한다.

- 첨부 문서 6a로 첨부된 정신 건강 진단서—CARE 법 절차(CARE-101 양식).
- 첨부 문서 5e(2)로 표시되어 첨부된 별도의 문서.
- 아래 기재.

f. CARE 보험 또는 CARE 협약에 참여하는 것은 피신청인의 회복과 안정을 보장하는 데 필요한 최소한의 제한적 대안이 된다. 이용 가능한 대체 치료 계획에 대한 설명 및 피신청인의 자유를 덜 제한하는 대체 치료 계획이 피신청인의 회복과 안정을 보장할 수 없는 이유에 대해서는 다음에서 설명한다.

- 별첨 6a로 첨부된 정신 건강 진단서—CARE 법 절차(CARE-101 양식).
- 별첨 5f로 표시되어 첨부된 별도의 문서.
- 아래 기재.

CARE 법 절차 대상(이름):	사건 번호: <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">법원에 제출하지 마십시오</div>
피신청인	

5. g. 피신청인은 CARE 보험 또는 CARE 협약에 참여함으로써 혜택을 받을 수 있다. 이러한 주장을 뒷받침하는 이유는 다음에서 제시한다.

- 별첨 6a로 첨부된 정신 건강 진단서—CARE 법 절차(CARE-101 양식).
- 별첨 5g 로 표시되어 첨부된 별도의 문서.
- 아래 기재.

## 6. 필수 문서

아래 설명된 증거는 본 신청을 뒷받침하기 위해 첨부된다. (a, b, 또는 양자 모두에 열거된 문서를 첨부하고 첨부된 각 문서 또는 문서 묶음의 설명 옆에 있는 확인란에 체크한다.)

- a.  본 신청 제출일로부터 60일 이내에 전문가 또는 해당 전문가의 지정대리인이 다음을 수행하였음을 선언하는 면허를 소지한 행동 건강 관리 전문가의 작성 완료된 정신 건강 진단서—CARE 법 절차(CARE-101 양식)
- (1)  피신청인을 검사하고 피신청인이 CARE 법 절차에 참여할 수 있는 자격 진단 기준을 충족한다고 판단하였거나,
  - (2)  피신청인을 검사하기 위해 여러 번 시도했지만 피신청인의 협조를 얻지 못했으며, 피신청인이 CARE 법 절차에 참여할 수 있는 자격 진단 기준을 충족한다고 믿고 있고 이에 대한 근거를 구체적으로 설명하였다.

정신 건강 진단서—CARE 법 절차(CARE-101 양식)를 첨부하고 첨부 문서 6a로 표시한다.

- b.  피신청인이 최소 두 차례 이상 집중 치료를 위해 구급되었으며 가장 최근의 집중 치료는 최근 60일 이내에 이루어졌다는 증거. 증거의 예: 집중 치료 증명서 사본, 집중 치료에 대한 증인의 진단서 또는 비자발적 구급 및 최대 14일의 집중 치료를 증명하는 기타 문서. (모든 증빙서류를 첨부하고 순서대로 첨부 문서 6b1, 6b2, 6b3 등으로 표시하도록 한다.)

**주:** CARE 법의 목적상 '집중 치료'는 WIC 제5250조에 의해 승인된 비자발적 치료를 의미한다. WIC 제5150조, 제5260조 및 제5270.15조를 포함하되 이에 국한되지 않고 그 밖의 모든 다른 법령에 의해 승인된 치료는 해당되지 **않는다**.

## 7. 기타 법원 소송 (요청된 정보를 모르거나 해당되지 않는 경우 해당 필드를 비워 둘 수 있음)

- a.  본 청원은 다른 법원 절차로부터 회부된 것이다.
- (1) 법원, 부서 및 사법관:
  - (2) 사건 번호:
  - (3) 피신청인을 회부한 소송의 유형:
    - (A)  경범죄 기소에 따른 심신 능력 절차(형법, § 1370.01)
    - (B)  외래 환자 치료 지원(복지 및 기관법, §§ 5346-5348)
    - (C)  랜터만-페트리스-쇼트법 후견(복지 및 기관법, §§ 5350-5372)
  - (4)  의뢰 주문서는 첨부 파일 7a (선택 사항)에 첨부되어 레이블이 지정됩니다.
  - (5) 해당 소송을 의뢰하는 피고의 변호사 (이름):  
 (우편 주소):  
 (전화번호): (이메일 주소):

# 제한 공개

CARE-100 K

CARE 법 절차 대상(이름):	사건 번호: <b>법원에 제출하지 마십시오</b>
피신청인	

7. b.  응답자가 청소년 법원의 의존성, 비행 또는 전환 관할권 내에 있는 경우.

(1) 법원:

(2) 사건 번호:

(3) 청소년 법원 소송을 의뢰하는 피고의 변호사 (이름):

(우편 주소):

(전화번호):

(이메일 주소):

c.  응답자에게는 법원이 지정한 후견인이 있습니다.

(1) 법원:

(2) 사건 번호:

(3) 후견인 소송을 의뢰하는 피고의 변호사 (이름):

(우편 주소):

(전화번호):

(이메일 주소):

기타 정보 (요청된 정보를 모르거나 해당되지 않는 경우 해당 필드를 비워 둘 수 있음)

8. 부족 소속

a.  피신청인은 연방정부에서 인정하는 인디언 부족의 등록된 구성원이다.

부족명 및 우편 주소:

b.  피신청인은 캘리포니아 인디언 보건 서비스 프로그램, 캘리포니아 부족 행동보건부서 또는 캘리포니아 부족 법원에서 서비스를 제공받고 있다.

프로그램, 부서 또는 법원의 이름 및 우편 주소:

9. 다음 중 사실에 해당하는 항목에 체크하고 알고 있는 경우 요청된 정보를 제공하세요:

a.  응답자에게 통역 서비스 또는 장애를 위한 편의가 필요함 (알고 있는 경우 응답자의 요구 사항을 설명하세요):

b.  응답자는 지역 센터 (알고 있는 경우 센터 이름과 응답자에게 제공되는 서비스를 알려주세요)에서 서비스를 받습니다:

c.  응답자가 주 또는 연방 군대 또는 예비군의 현재 또는 전직 구성원인 경우 (알고 있는 경우 지부 이름):

10. 첨부된 페이지 수: \_\_\_\_\_

날짜:

_____ (변호인의 이름을 타자 또는 정자로 기재)	▶ <b>법원에 제출하지 마십시오</b> (변호인의 서명)
-------------------------------	----------------------------------

본인은 위에 기술된 정보가 사실이고 정확하다는 것을 진술하며, 그렇지 않은 경우에는 캘리포니아 주법에 따라 위증죄로 처벌을 받을 것입니다.

날짜:

_____ (신청인의 이름을 타자 또는 정자로 기재)	▶ <b>법원에 제출하지 마십시오</b> (신청인의 서명)
-------------------------------	----------------------------------