

ABOGADO O SOLICITANTE SIN ABOGADO NÚM. DEL COLEGIO DE ABOGADOS: NOMBRE: NOMBRE DE LA FIRMA: DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: TELÉFONO: FAX: EMAIL: ABOGADO DE (<i>nombre</i>):	SOLO PARA USO DE LA CORTE <h2 style="margin: 0;">Solo para información No entregue a la corte</h2>
CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE DIRECCIÓN: DIRECCIÓN POSTAL: CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: NOMBRE DE SUCURSAL:	
PROCESO DE LA LEY CARE PARA (<i>nombre</i>): <div style="text-align: right;">DEMANDADO</div>	
PETICIÓN PARA COMENZAR UN PROCESO DE LA LEY CARE	NÚMERO DE CASO: <h2 style="margin: 0;">No entregue a la corte</h2>
Para obtener información sobre cómo completar este formulario, vea <i>Información para los solicitantes—Acerca de la Ley CARE</i> (formulario CARE-050-INFO).	

1. El solicitante (*nombre*):
 tiene 18 años o más y es (*marque todas las que correspondan*):
- | | |
|---|---|
| a. <input type="checkbox"/> Una persona que vive con el demandado.
b. <input type="checkbox"/> Un cónyuge o pareja de hecho registrada, padre o madre, hermano/a, hijo/a o abuelo/a del demandado.
c. <input type="checkbox"/> Una persona que actúa en lugar de uno de los padres para el demandado.
d. <input type="checkbox"/> El director* de un hospital donde está hospitalizado el demandado.
e. <input type="checkbox"/> El director* de una organización pública o benéfica, agencia u hogar
(1) <input type="checkbox"/> que presta o ha prestado, en los últimos 30 días, servicios de salud conductual al demandado; o
(2) <input type="checkbox"/> en cuya institución reside el demandado.
f. <input type="checkbox"/> Un profesional autorizado de la salud conductual* que está o ha estado, en los últimos 30 días, tratando o supervisando el tratamiento del demandado. | g. <input type="checkbox"/> Un primer interviniente, incluido un agente del orden público, bombero, paramédico, técnico de emergencias médicas, trabajador de respuesta móvil ante crisis o trabajador de alcance comunitario para personas sin hogar que ha tenido repetidas interacciones con el demandado.
h. <input type="checkbox"/> El tutor público* del condado indicado arriba o un tutor privado referido por la corte conforme al Código de Bienestar e Instituciones, sección 5978.
i. <input type="checkbox"/> El director* de la agencia de salud conductual del condado indicado arriba.
j. <input type="checkbox"/> El director* de los servicios de protección de adultos del condado indicado arriba.
k. <input type="checkbox"/> El director* de un programa de servicios de salud para indígenas de California o de un departamento tribal de salud conductual de California.
l. <input type="checkbox"/> Un juez de una corte tribal de California*.
m. <input type="checkbox"/> El demandado. |
|---|---|

* Esta persona puede designar a otra para que presente la petición en su nombre. Si el solicitante es una persona designada, marque esta categoría y escriba el nombre de la persona designada en el punto 1, arriba.

2. a. El solicitante solicita a la corte que determine que el demandado (*nombre*):
 es elegible para participar en el proceso de la Ley CARE y para iniciar el proceso de la Ley CARE para el demandado.
- b. Relación del solicitante con el demandado (*especifique y describa la relación*):

PROCESO DE LA LEY CARE PARA (nombre): <div style="text-align: right;">DEMANDADO</div>	NÚMERO DE CASO: <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">No entregue a la corte</div>
--	---

5. f. La participación en un plan CARE o en un acuerdo CARE sería la alternativa menos restrictiva necesaria para asegurar la recuperación y la estabilidad del demandado. Una descripción de los planes de tratamiento alternativos disponibles y una explicación de por qué ningún plan de tratamiento alternativo menos restrictivo de la libertad del demandado podría asegurar su recuperación y estabilidad se proporciona
- en *Declaración de salud mental—Proceso de la Ley CARE* (formulario CARE-101), adjunto con el título "Attachment 6a" (Adjunto 6a).
- en documentos separados, adjuntos y con el título "Attachment 5f" (Adjunto 5f).
- a continuación.

- g. Es probable que el demandado se beneficie de la participación en un plan CARE o en un acuerdo CARE. Las razones que apoyan esta afirmación se proporcionan
- en *Declaración de salud mental—Proceso de la Ley CARE* (formulario CARE-101), adjunto con el título "Attachment 6a" (Adjunto 6a).
- en documentos separados, adjuntos y con el título "Attachment 5g" (Adjunto 5g).
- a continuación.

6. Documentación requerida

Las pruebas descritas a continuación se adjuntan en apoyo de esta petición. *(Adjunte los documentos indicados en a o b, o ambos, y marque la casilla junto a la descripción de cada documento o conjunto de documentos adjuntos).*

- a. Una *Declaración de salud mental—Proceso de la Ley CARE* (formulario CARE-101) completada, la declaración de un profesional autorizado de la salud conductual en la que se indique que, no más de 60 días antes de la presentación de esta petición, el profesional o una persona designada por él
- (1) examinó al demandado y determinó que cumplía los criterios de diagnóstico para poder participar en el proceso de la Ley CARE; o
- (2) ha hecho varios intentos de examinar al demandado, pero no ha logrado obtener su cooperación y tiene razones, explicadas con precisión, para creer que el demandado cumple los criterios de diagnóstico de elegibilidad para participar en el proceso de la Ley CARE.

Adjunte una *Declaración de salud mental—Proceso de la Ley CARE* (formulario CARE-101) y ponga como título "Attachment 6a" (Adjunto 6a).

PROCESO DE LA LEY CARE PARA (nombre): _____ <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">DEMANDADO</div>	NÚMERO DE CASO: <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">No entregue a la corte</div>
--	---

6. b. Pruebas de que el demandado estuvo detenido durante al menos dos periodos de tratamiento intensivo, el más reciente en los últimos 60 días. Ejemplos de pruebas: una copia de la certificación del tratamiento intensivo, una declaración de un testigo del tratamiento intensivo u otra documentación que indique la detención involuntaria y la certificación de hasta 14 días de tratamiento intensivo. (Adjunte todos los documentos de respaldo y ponga como título a cada uno, en orden, "Attachment 6b1" (Adjunto 6b(1)), "Attachment 6b2" (Adjunto 6b2), "Attachment 6b3" (Adjunto 6b3), etc.)
- Nota:** Para los fines de la Ley CARE, "tratamiento intensivo" se refiere al tratamiento involuntario autorizado por el Código de Bienestar e Instituciones, sección 5250. **No** se refiere a tratamientos autorizados por otros estatutos, incluidos, entre otros, el Código de Bienestar e Instituciones, secciones 5150, 5260, y 5270.15.

Información opcional

7. Afiliación tribal
- a. El demandado es miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal.
Nombre y dirección postal de la tribu: _____
- b. El demandado está recibiendo servicios de un programa de servicios de salud para indígenas de California, un departamento de salud conductual tribal de California o una corte tribal de California.
Nombre y dirección postal del programa, departamento o corte: _____
8. Esta petición se basa en una referencia de otro proceso de la corte.
- a. Corte, departamento y juez: _____
- b. Número de caso: _____
- c. Tipo de proceso desde el que fue remitido el demandado:
- (1) Competencia para someterse a juicio por delitos menores (Cód. Penal, sección, § 1370.01)
- (2) Tratamiento ambulatorio asistido (Cód. de Bienestar e Instituciones, secciones, §§ 5346–5348)
- (3) Tutela bajo la Ley de Lanterman-Petris-Short (Cód. de Bienestar e Instituciones, secciones, §§ 5350–5372)
- Orden de la corte adjunta y con el título "Attachment 8" (Adjunto 8) (opcional).
9. Marque todas las declaraciones siguientes que sean ciertas:
- a. El demandado necesita servicios de interpretación o una modificación (especifique): _____
- b. El demandado está bajo la jurisdicción de una corte de menores (especifique qué corte): _____
- c. El demandado está actualmente bajo tutela de adulto (especifique cuál corte): _____
- d. El demandado es atendido por un Centro regional (especifique cuál): _____
- e. El demandado es o ha sido miembro de las fuerzas armadas estatales o federales o de las reservas (especifique de cuál rama): _____
10. Número de páginas adjuntas: _____

Fecha:

(ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ABOGADO)

▶ **Solo para información**

(FIRMA DEL ABOGADO)

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha:

(ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL SOLICITANTE)

▶ **Solo para información**

(FIRMA DEL SOLICITANTE)