

| | |
|---|---|
| PROCESO DE LA LEY CARE PARA (<i>nombre</i>): <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. 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).

- 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.

7. Otros procedimientos judiciales (*puede dejar un campo en blanco si no sabe la información solicitada o no corresponde*)

- a. Esta petición se hace en respuesta a la remisión del demandado de otro proceso de la corte.
- (1) Corte, departamento y juez:
 - (2) Número de caso:
 - (3) Tipo de proceso del cual fue remitido el demandado:
 - (A) Acto procesal de competencia mental que surge de un proceso por delito menor (Código Penal, § 1370.01)
 - (B) Tratamiento ambulatorio asistido (Código de Bienestar e Instituciones, §§ 5346–5348)
 - (C) Tutela de adulto conforme a la Ley de Lanterman-Petris-Short (Código de Bienestar e Instituciones, §§ 5350–5372)
 - (4) Orden de remisión adjunta y con el título “Attachment 7a” (Adjunto 7a) (*opcional*).
 - (5) El abogado del demandado en el procedimiento del cual se hizo la remisión (*nombre*):
 (*dirección postal*):
 (*número de teléfono*): (*correo electrónico*):

| | |
|---|--|
| PROCESO DE LA LEY CARE PARA (nombre): DEMANDADO | NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte |
|---|--|

7. b. El demandado se encuentra dentro de la jurisdicción de dependencia, delincuencia o transición de una corte de menores.

(1) Corte:

(2) Número de caso:

(3) El abogado del demandado en un proceso de la corte de menores (nombre):

(dirección postal):

(número de teléfono):

(correo electrónico):

c. El demandado tiene un tutor nombrado por la corte.

(1) Corte:

(2) Número de caso:

(3) El abogado del demandado en un proceso de tutela de adulto (nombre):

(dirección postal):

(número de teléfono):

(correo electrónico):

Otra información (puede dejar un campo en blanco si no conoce la información solicitada o no corresponde)

8. 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:

9. Marque todas las declaraciones siguientes que sean verdaderas y facilite la información solicitada si la sabe:

a. El demandado necesita servicios de interpretación o una adaptación por discapacidad (si lo sabe, describa las necesidades del demandado):

b. El demandado es atendido por un centro regional (si lo sabe, indique el nombre del centro y los servicios que presta al demandado):

c. El demandado es o ha sido miembro de las fuerzas armadas estatales o federales o de las reservas (nombre de la rama, si lo sabe):

10. Número de páginas adjuntas: _____

Fecha:

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



(FIRMA DEL ABOGADO)

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

Fecha:

Solo para información.

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



(FIRMA DEL SOLICITANTE)