

保密信息

CARE-102 C

律师或没有律师的申请人 姓名： 律师事务所名称： 街道地址： 市： 电话号码： 电子邮箱地址： 律师委托人（姓名）：	州律协编号： 州： 邮区代码： 传真号码：	仅供法院使用 仅供参考 不得向法院提交
加利福尼亚高等法院 ____ 县 街道地址： 邮寄地址： 市和邮区代码： 分院名称：		案件编号： 不得向法院提交
对于以下人士的《CARE法案》程序（姓名）： 答辯人		
仅由持照行为健康专业人员启动《CARE 法案》程序申请书		
致申请人：如果您完成并提交本表格，则您无需提交启动《CARE法案》程序申请书（CARE-100 表格）或精神健康声明书—《CARE法案》程序（CARE-101 表格）。请参阅《加州法院规则》规则 7.2221(a) 和 (b)(1)。		

1. 本人（请在此处填入您的姓名）：
年满 18 岁且在过去 30 天内为治疗或监督答辯人治疗的持照行为健康专业人员。
对于本申请书中所述的理由，包括任何附件，本人请求法院为答辯人启动《CARE法案》程序。
2. a. ☐ 本人是持照行为健康专业人员，如《CARE 法案》所定义（《福利与机构法》第 5971(I) 条），作为一名（请勾选一项）：
 - (1) ☐ 医生。
 - (2) ☐ 心理学家。
 - (3) ☐ 临床社工。
 - (4) ☐ 婚姻与家庭治疗师。
 - (5) ☐ 专业临床咨询师。b. 本人的执照编号为（如适用）：
3. ☐ 本人已与答辯人互动过，情况如下（请描述您见到他们的最后时间（提供日期）以及在您与答辯人互动时所发生的事情）：
4. a. 答辯人居住在或最后出现在（如果答辯人有地址且您知道，请提供其地址，包括他们接收信件的邮政信箱；否则，请描述答辯人的居住地方、他们最后停留的地点或是他们常出现的地点）：

b. 答辯人的其他联系信息为：
（电话号码，如有）：
（电子邮箱地址，如有）：
答辯人 ☐ 会 ☐ 不会 回复短信。
c. 本人认为联系答辯人的最好方式为（请勾选所有适用项）：
 - (1) ☐ 通过当面拜访他们
 - (2) ☐ 通过打电话给他们
 - (3) ☐ 通过发送短信给他们
 - (4) ☐ 通过发送电子邮件给他们
 - (5) ☐ 通过发送邮件给他们
 - (6) ☐ 其他（请描述）：d. ☐ 答辯人需要 ☐ 阅读 ☐ 听或理解 ☐ 说 英语的协助。
答辯人的惯用语言为（请写明语言）：

保密信息

CARE-102 C

对于以下人士的《CARE法案》程序（姓名）：

仅供参考

案件编号：

不得向法院提交

答辩人

5. 答辩人（请勾选 a 或 b；如果您勾选 b，您也必须勾选 (1) 或 (2)）：

a. ☐ 是本申请书提交所在县的居民。

b. ☐ 不是本申请书提交所在县的居民。

（请填入答辩人的居住县，如果您知道）：

(1) ☐ 答辩人身处本申请书提交的所在县。

(2) ☐ 答辩人是本申请书提交所在县的高等法院待审的刑事或民事诉讼的被告或答辩人。

6. 本人（请完成 a 或 b；最近一次的检查或尝试检查的日期必须在提交申请书前的 60 天之内）：

a. ☐ 曾于以下日期对答辩人进行检查（日期）：

b. ☐ 曾尝试于以下日期对答辩人进行检查（包括所有日期）：，但因答辩人不愿接受检查而未检查成功。

（请详细描述您为对答辩人进行检查所做的每一次尝试、答辩人不合作的性质以及任何阻碍您对答辩人进行检查的其他因素）：

7. 本人的专业意见是，答辩人满足临床标准，符合《CARE法案》程序的资格。本人的意见是根据（请勾选所有适用项）：

a. ☐ 本人对答辩人进行检查的结果。

b. ☐ 由另一位持照行为健康专业人员对答辩人进行检查的结果。

（姓名）：

（地址）：

（电话号码）：

（电子邮箱地址）：

（执照编号）：

（专业）：

c. ☐ 在 ☐ 下文 ☐ 附件 7 所描述信息的其他来源。

8. 已提供佐证本人认为答辩人满足《福利与机构法》第 5972 条中临床标准的事实与意见（请勾选一项）：

a. ☐ 在第 9 项中。（如果您需要更多空间写下任何第 9 项内容，请附上额外纸页作为附件 9a、9b 等。）

b. ☐ 在标记为“附件 9”的随附声明中。（请跳过第 9 项并前往第 10 项。）

9. 本人的专业意见是，答辩人满足下文第 9a 项至第 9f 项中的各项要求。

a. 答辩人已被诊断患有精神分裂症谱系障碍或另一种相同类别的精神病障碍，如现行《精神障碍诊断与统计手册》中所定义。（在下文说明）：

b. 答辩人目前正经历严重的精神障碍，如《福利与机构法》第 5600.3(b)(2) 条所定义，因为该障碍：

(1) 程度十分严重且时间持续；

(2) 可能导致或已导致严重妨碍答辩人日常生活主要活动的行为；**以及**

(3) 在没有长期或无限期治疗、支援和康复的情况小，可能造成或已造成答辩人无法维持稳定调节与独立机能的能力。

（请在下文描述答辩人精神障碍的严重程度、持续时长以及影响）：

保密信息

CARE-102 C

对于以下人士的《CARE法案》程序（姓名）：

仅供参考

案件编号：

不得向法院提交

答辩人

9. c. 答辩人目前并未稳定接受持续的自愿治疗。（请在下文描述答辩人目前的状况和任何持续的治疗）：

d. 以下至少一项为真（请完整填写 (1) 或 (2)，或两者均填）：

(1) ☐ 在没有监督的情况下，答辩人不太可能在社区中安全生活，**并且**答辩人的状况正严重恶化。（请描述为什么答辩人不太可能在社区中安全生活，请描述为使答辩人安全生活所需的监督类型，以及请描述答辩人的生理或精神状况最近如何恶化）：

(2) ☐ 答辩人需要服务与支援以预防复发或恶化，如出现该情况，很可能导致对答辩人或其他人的重大残障或严重伤害。（请描述答辩人所需的服务与支援，并描述为什么在没有那些的情况下，答辩人会出现重大残障或对自己或其他人造成伤害风险）：

e. 参加CARE计划或CARE协议会是所需的最少限制的替代方式，以确保答辩人的恢复及稳定。（请描述为什么没有其他较少限制的治疗计划也会对答辩人有效果）：

f. 答辩人很可能从参加CARE计划或CARE协议中受益，因为（请在下文解释）：

10. **非必填项目：其他信息**（如适用，请勾选以下任何一项所述为真的声明并提供所要求的信息，如果您知道）：

a. ☐ 答辩人需要口译员服务或残障便利设施。（如果您知道，请描述为什么他们需要）：

b. ☐ 答辩人在接受区域中心的服务。（如果您知道，请提供中心名称和向他们提供的服务）：

c. ☐ 答辩人是或曾是州或联邦武装部队或预备役的成员。（如果您知道，请提供单位名称）：

保密信息

CARE-102 C

对于以下人士的《CARE法案》程序（姓名）：

仅供参考

案件编号：

不得向法院提交

答辩人

10. d. ☐ 答辩人是联邦认可印第安部落的注册成员。（如果您知道，请提供部落名称和邮寄地址）：

e. ☐ 答辩人正在接受加州印第安健康服务计划、加州部落行为健康部门或加州部落法院的服务。（如果您知道，请提供计划、部门或法院的名称和邮寄地址）：

f. ☐ 答辩人受少年法院的保护、犯罪或过渡管辖。（如果您知道，请提供以下信息）：

(1) 法院：

(2) 案件编号：

(3) 答辩人在少年法院程序中的律师（姓名）：

（邮寄地址）：

（电话号码）：

（电子邮箱地址）：

g. ☐ 答辩人有法院指派的监护人。（如果您知道，请提供以下信息）：

(1) 法院：

(2) 案件编号：

(3) 答辩人在监护权程序中的律师（姓名）：

（邮寄地址）：

（电话号码）：

（电子邮箱地址）：

11. **法院移交**（仅在适用情况下才完成此项；如果您不知道所要求的信息，该部分请留白）：

☐ 本申请书是为回复另一起法院程序的答辩人移交而提交的申请。

a. 法院，部门，和司法官员：

b. 案件编号：

c. 移交答辩人的程序类型（请勾选一项）：

(1) ☐ 刑事检控引发的精神行为能力程序（《刑法》第 1370 条、第 1370.01 条）

(2) ☐ 门诊辅助治疗（《福利与机构法》第 5346 条至第 5348 条）

(3) ☐ 《Lanterman-Petris-Short 法案》监护权（《福利与机构法》第 5350 条至第 5372 条）

d. ☐ 已附上移交令并标记为附件 11（非必填栏目）。

e. 答辩人在移交程序中的律师（姓名）：

（邮寄地址）：

（电话号码）：

（电子邮箱地址）：

12. 附件页数：_____

日期：

（打印或正楷书写律师姓名，如有）

（律师签名，如有）

本人声明，根据加利福尼亚州法律，前述内容真实且正确，否则以伪证罪论处。

日期：

（打印或正楷书写申请人姓名）

仅供参考

（申请人签名）