

기밀 문서

CARE-102 K

변호사 또는 변호사가 없는 신청인 이름: 법무법인 이름: 거리 주소: 시: 전화번호: 이메일 주소: 변호사가 대리할 당사자(이름):		주 변호사 면허 번호: 주: 우편번호: 팩스번호:	법원용 정보 제공 전용 법원에 제출하지 마십시오
캘리포니아 주 상급 법원, 소재 카운티 주소: 우편 주소: 시 및 우편번호: 지원 이름:			
(이름)에 대한 CARE 법 절차 진행:		피신청인	
면허를 소지한 행동 건강 전문가 전용 CARE 법 절차 개시 청원서		사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오	
신청인에게: 이 양식을 작성하여 제출하는 경우 CARE 법 절차 개시 청원서(양식 CARE-100) 또는 정신 건강 진술서-CARE 법 절차용(양식 CARE-101)을 제출할 필요가 없습니다. (캘리포니아 법원 규칙 7.2221(a), (b)(1) 참조.)			

- 본인은 (여기에 이름 기입):
 18세 이상이며 지난 30일 이내에 피신청인을 치료했거나 치료를 감독한 면허를 소지한 행동 건강 전문가입니다.
 첨부 문서를 포함해 이 청원서에 설명한 이유로, 본인은 법원이 피신청인에 대한 CARE 법 절차를 개시할 것을 요청합니다.
- a. ☐ 본인은 CARE 법에 다음으로 정의된 면허를 소지한 행동 건강 전문가입니다(복지 및 기관법, § 5971(l)(한 항목에 체크).
 - ☐ 내과 의사.
 - ☐ 심리학자.
 - ☐ 임상 사회복지사.
 - ☐ 결혼 및 가족 치료사.
 - ☐ 전문 임상 상담가.
- b. 면허 번호(해당하는 경우):
- ☐ 신청인과 피신청인의 교류(마지막으로 교류했을 때(날짜 기입)와 피신청인과 상호작용할 때 발생한 일을 설명):
- a. 피신청인이 살고 있거나 마지막으로 발견된 장소 (피신청인이 우편을 받는 우체국 사서함을 포함해 피신청인의 거주지가 존재하고 주소가 파악된 경우 기입. 그렇지 않은 경우 피신청인이 거주하는 곳, 가장 최근의 거주지 위치 또는 자주 발견되는 곳의 위치 설명):
- b. 피신청인의 다른 연락처 정보:
 (전화번호, 있는 경우): 피신청인은 문자 메시지에 ☐ 답합니다. ☐ 답하지 않습니다.
 (이메일 주소, 있는 경우):
- c. 피신청인과 연락할 수 있는 최선의 방법(해당 사항에 모두 체크):
 - ☐ 직접 방문
 - ☐ 전화 통화
 - ☐ 문자 메시지 전송
 - ☐ 이메일 전송
 - ☐ 우편 발송
 - ☐ 기타(설명):
- d. ☐ 피신청인은 ☐ 읽기 ☐ 듣기 또는 이해 ☐ 영어로 말하기에 도움이 필요합니다.
 피신청인이 선호하는 언어(언어 명시):

기밀 문서

CARE-102 K

CARE 법 절차 대상(이름):

정보 제공 전용

피신청인

사건 번호:

법원에 제출하지 마십시오

5. 피신청인은(a 또는 b에 체크. b에 체크하는 경우 (1) 또는 (2)에도 체크):

- a. ☐ 이 청원서를 제출한 카운티의 거주자입니다.
- b. ☐ 이 청원서를 제출한 카운티의 거주자가 아닙니다.
(피신청인이 거주하는 카운티 기입, 아는 경우):
- (1) ☐ 피신청인은 현재 이 청원서를 제출한 카운티에 위치하고 있습니다.
- (2) ☐ 피신청인은 이 청원서를 제출한 카운티의 상급 법원에 계류 중인 형사 또는 민사 소송의 피고 또는 피청구인입니다.

6. 본인은(a 또는 b 작성, 가장 최근 검사일 또는 시도일이 청원서를 제출하기 전 60일 이내여야 함):

- a. ☐ 피신청인을 다음 (날짜)에 검사했습니다:
- b. ☐ 피신청인을 다음 날짜에 검사하려고 시도했으나(모든 날짜 포함): , 피신청인이
검사를 거부하여 검사에 실패했습니다.
(피신청인을 검사하려고 한 각 시도, 피신청인의 비협조적인 태도의 양상, 피신청인에 대한 검사를 방해한 다른 요소를
자세히 설명):

7. 피신청인이 CARE 법 절차의 자격이 되는 임상 기준을 충족한다는 것이 본인의 전문적인 소견입니다. 제 소견의 근거는 다음과
같습니다(해당 사항에 모두 체크).

- a. ☐ 피신청인에 대한 본인의 검사 결과.
- b. ☐ 피신청인에 대한 다른 면허를 소지한 행동 건강 전문가의 검사 결과.
(이름):
(주소):
(전화번호): (이메일 주소):
(면허 번호): (직종):
- c. ☐ 설명한 정보의 다른 출처 ☐ 아래 ☐ 첨부 문서 7

8. 피신청인이 복지 및 기관법 제5972조의 각 임상 기준을 충족한다는 본인의 소견을 입증하는 사실 및 소견을 다음과 같이 제공합니다
(한 항목에 체크).

- a. ☐ 항목 9.(항목 9에 공간이 더 필요한 경우 첨부 문서 9a, 첨부 문서 9b 등으로 추가 페이지를 첨부하십시오.)
- b. ☐ "Attachment 9"(첨부 문서 9)로 표시하여 첨부한 진술서. (항목 9를 생략하고 항목 10으로 이동하십시오.)

9. 피신청인이 항목 9a~9f의 각 요건을 충족한다는 것이 본인의 전문적인 소견입니다.

- a. 피신청인은 현 정신 장애의 진단과 통계 설명서에 정의된 바와 같이 정신분열증 스펙트럼 장애 또는 동일한 등급의 기타 정신
장애 진단을 받았습니다. (아래에 설명):
- b. 피신청인은 현재 복지 및 기관법 제5600.3(b)(2)조에 정의된 심각한 정신 장애를 겪고 있으며, 장애는
- (1) 정도가 심하고 기간이 지속됩니다.
- (2) 피신청인의 주요 일상생활 활동에 상당한 지장을 주는 행동을 유발할 수 있거나 유발했습니다.
- (3) 장기 또는 무기한 치료, 지원, 재활 없이는 안정적인 적응 및 독립적인 기능을 유지할 수 없게 될 수 있거나 없게 되었습니다.
(피신청인의 정신 장애 심각성, 기간, 영향을 아래에 설명):

기밀 문서

CARE-102 K

CARE 법 절차 대상(이름):

정보 제공 전용

피신청인

사건 번호:

법원에 제출하지 마십시오

9. c. 피신청인은 현재 진행 중인 자발적 치료에서 안정되지 않고 있습니다. (피신청인의 현재 상태와 진행 중인 치료를 아래에 설명):

d. 다음 중 하나 이상이 사실입니다((1) 또는 (2) 또는 둘 다 작성):

(1) ☐ 피신청인은 감독 없이는 지역사회에서 안전하게 생존할 가능성이 낮고 또한 피신청인의 상태가 상당히 악화되고 있습니다. (피신청인이 지역사회에서 안전하게 생존할 가능성이 낮은 이유, 피신청인이 안전하게 생존하기 위해 필요한 감독 유형, 피신청인의 신체적 또는 정신적 상태가 최근 악화된 정도에 대해 설명):

(2) ☐ 피신청인은 피신청인이나 다른 사람에게 중대한 장애나 심각한 피해를 초래할 수 있는 재발이나 악화를 방지하기 위한 서비스 및 지원이 필요합니다. (피신청인에게 필요한 서비스와 지원, 피신청인에게 심각한 장애가 초래되거나 자신이나 타인에게 해를 입힐 위험이 있는 이유에 대해 설명):

e. CARE 보험 또는 CARE 협약에 참여하는 것은 피신청인의 회복과 안정을 보장하기 위해 필요한 최소한의 제한적인 대안입니다. (다른 덜 제한적인 치료가 피신청인에게 효과가 없는 이유 설명):

f. 피신청인은 CARE 보험 또는 CARE 협약에 참여함으로써 혜택을 받을 가능성이 높습니다. 그 이유는(아래에 설명):

10. 선택 사항: 기타 정보(해당하는 경우, 사실인 진술에 체크하고 요청된 정보 중 알고 있는 내용 기입):

a. ☐ 피신청인은 통역사 서비스나 장애인 편의시설이 필요합니다. (알고 있는 경우, 필요한 사항 설명):

b. ☐ 피신청인은 지역 센터의 서비스를 받고 있습니다. (알고 있는 경우, 센터 이름과 센터에서 제공하는 서비스 기입):

c. ☐ 피신청인은 현재 또는 과거에 주 또는 연방 군대나 예비군의 일원이었습니다. (알고 있는 경우, 부대 이름 기입):

기밀 문서

CARE-102 K

CARE 법 절차 대상(이름):

정보 제공 전용

피신청인

사건 번호:

법원에 제출하지 마십시오

10. d. ☐ 피신청인은 연방에서 인정한 미국 원주민 부족에 등록된 구성원입니다. (알고 있는 경우, 부족 이름과 우편 주소 기입):

e. ☐ 피신청인은 캘리포니아 미국 원주민 건강 서비스 프로그램, 캘리포니아 부족 행동 건강 부서 또는 캘리포니아 부족 법원의 서비스를 받고 있습니다. (알고 있는 경우, 프로그램, 부서 또는 법원의 이름 및 우편 주소 기입):

f. ☐ 피신청인은 소년법원의 보호사건, 비행사건 또는 전환 관할권 내에 있습니다. (알고 있는 경우, 다음 정보 기입):

(1) 법원:

(2) 사건 번호:

(3) 소년법원 소송 절차에서 피신청인의 변호인(이름):

(우편 주소):

(전화번호):

(이메일 주소):

g. ☐ 피신청인에게 법원이 지정한 후견인이 있습니다. (알고 있는 경우, 다음 정보 기입):

(1) 법원:

(2) 사건 번호:

(3) 후견인 소송 절차에서 피신청인의 변호인(이름):

(우편 주소):

(전화번호):

(이메일 주소):

11. 법원 회부(해당하는 경우에만 이 항목 작성. 요청한 정보 중 모르는 내용이 있는 경우 해당 부분을 비워두십시오):

☐ 이 청원은 피신청인이 다른 법원 절차로부터 회부된 것에 대한 대응입니다.

a. 법원, 부서 및 사법관:

b. 사건 번호:

c. 피신청인을 회부한 소송의 유형(한 항목에 체크):

(1) ☐ 경범죄 기소에 따른 정신 능력 절차(형법, §§ 1370, 1370.01)

(2) ☐ 외래 환자 치료 지원(복지 및 기관법, §§ 5346-5348)

(3) ☐ 랜터만-페트리스-쇼트법 후견(복지 및 기관법, §§ 5350-5372)

d. ☐ 회부 명령서를 첨부하고 첨부 문서 11로 표시합니다(선택 사항).

e. 해당 소송을 회부하는 피신청인의 변호인(이름):

(우편 주소):

(전화번호):

(이메일 주소):

12. 첨부된 페이지 수: _____

날짜:

(변호인의 이름을 타자 또는 정자로 기재, 있는 경우)

(변호인 서명, 있는 경우)

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)

정보 제공 전용

(신청인의 서명)