

ABOGADO O PARTE 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>): DEMANDADO	
AVISO DE COMPARECENCIA INICIAL—PROCESO DE LA LEY CARE	NÚMERO DE CASO: <h2 style="margin: 0;">No entregue a la corte</h2>

1. Solicitante (*nombre*):
2. Demandado (*nombre*):
3. La corte llevará a cabo una comparecencia inicial (una audiencia) en el proceso de la Ley CARE para el demandado indicado arriba.

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; width: 40px; margin: 0 auto;"> Fecha de audiencia </div>	→ Fecha:	Hora:	Nombre y dirección de la corte, si difiere de lo indicado arriba:
	Depto.:	Sala:	

4. La corte ha nombrado un abogado para representar al demandado en el proceso de la Ley CARE. El nombre y la información de contacto del abogado nombrado es:
 Nombre:
 Dirección postal:
 Teléfono: Email:
5. Se incluye con este formulario una copia de cada uno de los siguientes documentos.
 - a. La petición presentada en el formulario CARE-100 para iniciar este proceso;
 - b. *Información para los demandados—Acerca de la Ley CARE* (formulario CARE-060-INFO);
 - c. *Aviso de los derechos del demandado—Proceso de la Ley CARE* (formulario CARE-113); y
 - d. Cualquier informe ordenado conforme al Código de Bienestar e Instituciones, sección 5977(a)(3)(B).
6. La corte ordenó a la agencia de salud conductual del condado, conforme al Código de Bienestar e Instituciones, sección 5977(a)(3) (A), que presente un informe dentro de los 14 días judiciales siguientes a la orden que fija la comparecencia inicial. Una copia de ese informe se incluye con este formulario de aviso será provisto a todas las partes a no más tardar de la fecha de la comparecencia inicial.
7. Número de páginas adjuntas _____
 Fecha:

(ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL DIRECTOR DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO O DE SU DESIGNADO)

▶ **Solo para información**
 (FIRMA DEL DIRECTOR DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO O DE SU DESIGNADO)

Solicitud de modificaciones

Están disponibles: sistemas para ayudarle a escuchar, sistemas computarizados que emiten subtítulos en tiempo real, o la ayuda de un intérprete del lenguaje de señas si los solicita al menos cinco días antes de la audiencia. Comuníquese con la oficina del secretario o vaya a www.courts.ca.gov/forms para obtener la *Solicitud de modificación para personas con discapacidad* ([formulario MC-410](#)). (Cód. Civil, sección, § 54.8.)