

فقط برای استفاده دادگاه	شماره کانون ایالتی:	وکيل يا طرف فاقد وکيل:
	ایالت:	نام:
	کد پستی:	نام شرکت:
صرفاً جهت اطلاع در دادگاه ثبت نشود	فکس:	آدرس خیابان:
		شهر:
		تلفن:
		آدرس ایمیل:
		وکيل از طرف (نام):
		دادگاه عالی کالیفرنیا، شهرستان
		آدرس خیابان:
		آدرس پستی:
		شهر و کد پستی:
		نام شعبه:
		رویه‌های رسیدگی مربوط به قانون CARE برای (نام):
	دادخوانده	
شماره پرونده:	ابلاغیه جلسه استماع—رویه‌های رسیدگی مربوط به قانون CARE	
در دادگاه ثبت نشود		

1. دادگاه در این مورد به شرح زیر جلسه استماع برگزار می‌کند:

نام و آدرس دادگاه، چنانچه با مورد فوق متفاوت است:	زمان:	تاریخ: ←	تاریخ جلسه استماع
	اتاق:	دپارتمان:	

2. جلسه استماع (همه مواردی که صدق می‌کند را علامت بزنید):

- a. استماعی درباره نکات مثبت دادخواست است.
- b. استماع رسیدگی به پرونده است.
- c. استماع بررسی ارزیابی بالینی است.
- d. استماع بررسی طرح CARE است.
- e. استماع بررسی وضعیت یا پیشرفت است.
- f. استماع بررسی وضعیت یک-ساله است.
- g. استماع اتمام دوره است.
- h. استماع دیگری است (نوع آن را ذکر کنید):

3. قبل از این جلسه استماع، مؤسسه سلامت رفتاری شهرستان دادخوانده طرف یا شخص دیگر (نام):

یک (نام دقیق مورد ثبت شده را ذکر کنید) ثبت کرده است:

یک نسخه از دادخواست ثبت شده به این ابلاغیه پیوست می‌باشد.


من تحت قانون مجازات شهادت دروغ در قوانین ایالت کالیفرنیا اعلام می‌کنم که موارد فوق حقیقت دارد و صحیح است.

تاریخ:

در دادگاه ثبت نشود

(امضای فرد تکمیل‌کننده این فرم)

(نام فرد تکمیل‌کننده این فرم را تایپ کرده یا با حروف بزرگ بنویسید)

<p>درخواست برای امکانات</p> <p>اگر حداقل پنج روز قبل از جلسه استماع درخواست کنید، سیستم‌های شنیداری کمکی، زیرنویس‌های در لحظه کامپیوتری، یا خدمات مترجم زبان اشاره در اختیارتان خواهد بود. برای درخواست امکانات معلولان (فرم MC-410) با دفتر متصدی تماس بگیرید یا به www.courts.ca.gov/forms مراجعه کنید. (قانون مدنی، § 54.8).</p>	
---	---