

CONFIDENCIAL

CARE-115 S

ABOGADO O PARTE SIN ABOGADO NOMBRE: NOMBRE DE LA FIRMA: DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO: EMAIL: ABOGADO DE (<i>nombre</i>):	NÚM. DEL COLEGIO DE ABOGADOS: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: FAX:	SOLO PARA USO DE LA CORTE Solo para información No entregue a la corte
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 AUDIENCIA—PROCESO DE LA LEY CARE		NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte

1. La corte realizará una audiencia en este caso como se indica a continuación:

	→ Fecha: Hora: Departamento: Sala:	Nombre y dirección de la corte, si difiere de lo indicado arriba:
---	---	---

2. La audiencia es (*Marque todas las que correspondan*):

- | | |
|---|--|
| a. <input type="checkbox"/> Una audiencia sobre los méritos de la petición. | e. <input type="checkbox"/> Una audiencia de revisión de progreso o de estatus. |
| b. <input type="checkbox"/> Una audiencia de administración de caso. | f. <input type="checkbox"/> Una audiencia de revisión de estatus del primer año. |
| c. <input type="checkbox"/> Una audiencia de revisión de la evaluación clínica. | g. <input type="checkbox"/> Una audiencia de graduación. |
| d. <input type="checkbox"/> Una audiencia de revisión del plan CARE. | h. <input type="checkbox"/> Otra audiencia (<i>indique el tipo</i>): |

3. En anticipación a esta audiencia, la agencia de salud conductual del condado el demandado otra parte o persona (*nombre*):
ha presentado una (*indique el título exacto de la presentación*):

Se adjunta copia de la presentación a este aviso.

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California que la información anterior es verdadera y correcta.

Fecha:

(ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO)



Solo para información

(FIRMA DE LA PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO)

	Solicitudes 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 visite la página www.courts.ca.gov/forms.htm para la <i>Solicitud de modificación para personas con discapacidad</i> (formulario MC-410). (Cód. Civil, sección, § 54.8.)
---	---

Página 1 de 1