

# CONFIDENCIAL

CARE-119 S

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ABOGADO O PARTE SIN ABOGADO<br>NÚM. DEL COLEGIO DE ABOGADOS:<br>NOMBRE:<br>NOMBRE DE LA FIRMA:<br>DIRECCIÓN:<br>CIUDAD:<br>TELÉFONO:<br>EMAIL:<br>ABOGADO DE (nombre):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | SOLO PARA USO DE LA CORTE<br><br><b>Solo para información</b><br><br><b>No entregue a la corte</b> |  |
| CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE<br>DIRECCIÓN:<br>DIRECCIÓN POSTAL:<br>CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL:<br>NOMBRE DE SUCURSAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                    |  |
| PROCESO DE LA LEY CARE PARA (nombre):<br><br>DEMANDADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | NÚMERO DE CASO:<br><b>No entregue a la corte</b>                                                   |  |
| <b>AVISO DE DESESTIMACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                    |  |
| <p><b>Nota:</b> Este formulario da información sobre procesos en curso de la Ley CARE. Para proteger los derechos de privacidad y confidencialidad del demandado, solo incluye información básica.</p> <p>Una desestimación significa que la corte cerró el caso. Esto puede pasar por muchas razones; por ejemplo, si la corte determina que el demandado aceptó servicios voluntariamente, no es elegible para los procesos de la Ley CARE o ya no necesita supervisión de la corte. El demandado podría estar recibiendo apoyos y servicios incluso después de una desestimación. Si la situación del demandado cambia después de que se desestime esta petición, puede presentar una nueva petición ante la corte.</p> |  |                                                                                                    |  |

1. La corte desestimó este caso el (fecha): \_\_\_\_\_ porque (indique el fundamento legal; no revele ninguna información médica confidencial): \_\_\_\_\_

## CERTIFICADO DEL SECRETARIO DE ENVÍO POR CORREO

Certifico que:

- Soy empleado de la Corte Superior de California, condado de (nombre): \_\_\_\_\_, y no soy parte en este caso.
- Envíé por correo una copia fiel de este formulario siguiendo las prácticas estándar de la corte colocándola en un sobre sellado con franqueo totalmente pagado y dirigido al solicitante original de este caso, que es una persona identificada en el Código de Bienestar e Instituciones, sección 5974(a) o (b), de la siguiente manera:  
(nombre): \_\_\_\_\_  
(dirección): \_\_\_\_\_  
(ciudad, estado y código postal): \_\_\_\_\_
- El envío se hizo el (fecha): \_\_\_\_\_ en (ciudad): \_\_\_\_\_, California.

|         |
|---------|
| [SELLO] |
|---------|

Fecha: \_\_\_\_\_ Secretario, por \_\_\_\_\_, Asistente

Página 1 de 1