محرمانه

CARE-100 F

وکیل یا متقاضی بدون وکیل	شماره پروانه ایالتی وکالت	فقط جهت استفاده دادگاه
نام: نام دفتر وکالت: خیابان: شهر: ایالت: کدپستی: شماره تلفن: شماره نمابر: آدرس ایمیل: وکیل مربوط به (نام):		فقط جهت اطلاع نزد دادگاه طرح شکایت نشود
دادگاه عالی کالیفرنیا **(SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA)**، کانتی خیابان: نشانی پستی: شهر و کد پستی: نام شعبه:		
دادرسی‌های قانون CARE برای (نام): خوانده		
درخواست شروع دعوای قانون **CARE**		شماره پرونده: نزد دادگاه طرح شکایت نشود

برای کسب اطلاعات درباره روش پر کردن این فرم، به اطلاعات ویژه متقاضیان-درباره قانون *CARE* (فرم CARE-050-INFO) یا صفحه قانون CARE در وب‌سایت خودیاری به نشانی https://selfhelp.courts.ca.gov/care-act مراجعه کنید یا با مرکز خودیاری دادگاه محل خود تماس بگیرید. برای آگاه شدن از نشانی و ساعات کار مرکز خودیاری، روی https://selfhelp.courts.ca.gov/self-help/find-self-help کلیک کنید.

1. من *(نام خود را اینجا وارد کنید)*:
از دادگاه می‌خواهم که صلاحیت *(نام شخصی که خواهان دریافت خدمات برای او هستید، یا همان «خوانده»)*:

برای شرکت در دعوای قانون CARE را بررسی نماید. خوانده متولد این تاریخ است *(تاریخ تولد، در صورت مشخص بودن)*: یا
تاریخ تولد خوانده را نمی‌دانم ولی خوانده *(سن قریبی، بر حسب سال)*: سال دارد.

2. من حداقل 18 سال دارم و *(همه دسته‌هایی را که در مورد شما صدق می‌کند علامت بزنید)*:

a. ☐ با خوانده زندگی می‌کنم.
b. ☐ همسر یا شریک جنسی خانگی رسمی، پدر/مادر، خواهر/برادر، فرزند، یا نوه خوانده هستم.
c. ☐ نماینده مجاز پدر/مادر خوانده هستم.
d. ☐ مدیر نهاد سلامت رفتار این کانتی هستم.*
e. ☐ کارشناس مجاز سلامت رفتار هستم که طی 30 روز گذشته مشغول درمان یا پایش فرآیند درمان خوانده بوده‌ام یا هستم.*
f. ☐ مدیر بیمارستانی که خوانده در آن بستری است هستم.*
g. ☐ مدیر سازمان عمومی یا خیریه، نهاد یا خانه‌ای هستم که
(1) ☐ خوانده طی 30 روز گذشته از خدمات سلامت رفتار آن استفاده می‌کرده است یا می‌کند؛* یا
(2) ☐ خوانده در آن سکونت دارد.*
h. ☐ شخص «خوانده» هستم.
i. ☐ مامور شرایط اضطراری -شامل افسر شهربانی، آتش‌نشان، بهیار، تکنیسین اورژانس، مامور سیار مقابله با بحران، یا مامور کمک‌رسانی به بی‌خانمان‌ها- هستم که بارها با خوانده سروکار داشته‌ام.
j. ☐ سرپرست عمومی یا متولی عمومی این کانتی هستم.*
k. ☐ متولی یا متولی پیشنهادی معرفی‌شده در جریان دعوا، بر اساس بخش 5350 از «قانون رفاه و موسسات»، هستم.
l. ☐ مدیر خدمات حمایتی بزرگسالان این کانتی هستم.*
m. ☐ مدیر برنامه خدمات سلامت سرخپوستان یا اداره سلامت رفتار قبایل کالیفرنیا هستم که خوانده، طی 30 روز گذشته، از خدمات سلامت رفتار آن بهره‌مند شده است یا می‌شود.*
n. ☐ قاضی دادگاه قبایل کالیفرنیا هستم که خوانده طی 30 روز گذشته نزد من حاضر بوده است.*

* اگر هریک از دسته‌های دارای ستاره (*) درباره شما کاربرد دارد، می‌توانید شخصی را برای ارائه درخواست از طرف خودتان تعیین کنید. اگر شما مسئول ارائه درخواست از طرف شخص مشمول دسته دارای ستاره (*) بوده‌اید، آن دسته را علامت بزنید و نام خود را در قسمت بالا وارد کنید.

3. تعامل من با خوانده شامل موارد زیر بوده است (آخرین نوبت تعامل با خوانده (با ذکر تاریخ) چه‌زمانی بوده است و در جریان تعامل شما با خوانده چه اتفاقاتی افتاده است):

☐ اگر به فضای بیشتری برای پاسخ‌گویی نیاز دارید، از برگه کاغذ اضافی استفاده کنید و عنوان «پیوست 3» را روی برگه اضافی بنویسید.

دادرسی‌های قانون CARE برای (نام):	شماره پرونده:
فقط جهت اطلاع خوانده	نزد دادگاه طرح شکایت نشود

4. a. خوانده در این نشانی ساکن است یا آخرین بار در این نشانی پیدا شده است (نشانی خوانده را (اگر وجود دارد و مشخص است) به همراه اطلاعات صندوق پستی محل دریافت مرسوله‌های پستی، ارائه کنید. در غیر این صورت، محل زندگی خوانده، آخرین مکانی که در آن ساکن بوده است، یا مکان‌هایی که مرتباً در آنها دیده شده است، را ذکر کنید):

b. سایر اطلاعات تماس خوانده:
(شماره تلفن، در صورت وجود): خوانده به پیامک پاسخ ☐ می‌دهد. ☐ نمی‌دهد.
(نشانی ایمیل، در صورت وجود):

c. به نظر من، بهترین راه تماس گرفتن با خوانده عبارت است از: (همه موارد مرتبط را علامت بزنید):
(1) ☐ دیدار حضوری
(2) ☐ تماس تلفنی
(3) ☐ ارسال پیامک
(4) ☐ ارسال ایمیل
(5) ☐ ارسال نامه
(6) ☐ سایر (شرح دهید):

d. ☐ خوانده در زمینه ☐ خواندن ☐ شنیدن یا فهمیدن ☐ مکالمه زبان انگلیسی به کمک نیاز دارد.
زبان ترجیحی خوانده عبارت است از (یک یا چند زبان را مشخص کنید):

5. خوانده *(a* یا *b* را علامت بزنید؛ اگر *b* را علامت بزنید، باید *(1)* یا *(2)* را نیز علامت بزنید*)*:
a. ☐ در همان کانتی که درخواست در آن ارائه می‌شود سکونت دارد.
b. ☐ در آن کانتی که درخواست در آن ارائه می‌شود سکونت ندارد.
(کانتی محل سکونت خوانده را، در صورت مشخص بودن، وارد کنید):
(1) ☐ خوانده در همان کانتی که درخواست در آن ارائه می‌شود مستقر است.
(2) ☐ متقاضی متهم یا خوانده دعوای کیفری یا مدنی در حال رسیدگی در دیوان عالی کانتی محل ارائه درخواست است.

6. مستندات تاییدکننده این درخواست شامل موارد زیر است (شما باید حداقل یکی از گزینه‌های زیر را علامت بزنید و ارائه کنید):
a. ☐ اظهارنامه کارشناس مجاز سلامت رفتار (فرم CARE-101)، که با عنوان «پیوست 6a» پیوست شده است.
b. ☐ بیانیه یا مستنداتی که نشان می‌دهد خوانده حداقل دو بار برای درمان غیر داوطلبانه بستری شده است و این که از تاریخ پایان تازه‌ترین نوبت بستری غیر داوطلبانه کمتر از 60 روز می‌گذرد.

توجه: در این فرم، عبارت «درمان غیر داوطلبانه» صرفاً در مورد نگهداری 14-روزه بر اساس مجوز بخش 5250 «قانون رفاه و موسسات» به کار می‌رود. این عبارت در مورد درمانی که بر اساس سایر قوانین، ازجمله (و نه محدود به) بخشهای 5150، 5260، 5270.15 و 5270.70 مجاز محسوب می‌شود، به کار نمی‌رود.

(اگر گزینه 6b را علامت زده‌اید، (1) را علامت بزنید و اطلاعات را در قسمت زیر ارائه کنید، یا (2) را علامت بزنید و مستندات را پیوست کنید، یا هر دو را انجام دهید.)
(1) ☐ من شخصاً می‌دانم که خوانده برای دریافت درمان غیر داوطلبانه بستری بوده است. *(اتفاقات هر نوبت را شرح دهید و بگویید که چگونه از آنها آگاه شدید.)*

(2) ☐ من مستنداتی پیوست کرده‌ام که نشان می‌دهد خوانده حداقل دو بار برای دریافت درمان غیر داوطلبانه بستری شده است. این مستندات با عنوان «پیوست 6b1»، «پیوست 6b2»، «پیوست 6b3» و... ارائه شده است. (مثلاً، اظهارنامه امضاشده خودتان *(فقط اگر شخصاً از درمان غیر داوطلبانه خوانده آگاهی دارید)*، رونوشت گواهی‌های مربوط به درمان ویژه، اظهارنامه(های) امضاشده شاهد(ان) درمان غیر داوطلبانه خوانده، یا مستندات دیگر را ارائه کنید.*)*

دادرسی‌های قانون CARE برای (نام):	شماره پرونده:
فقط جهت اطلاع خوانده	نزد دادگاه طرح شکایت نشود

7. تا جایی که من می‌دانم، خوانده تکتک الزامات زیر را برآورده می‌کند:
☐ اگر همه اطلاعات درخواستی در آیتم‌های *7a* تا *7f* در فرم *CARE-101* وجود دارد، اینجا را علامت بزنید. اگر چنین است، در صورت تمایل، می‌توانید از بقیه بخشهای این سوال عبور کنید. در غیر این صورت، توضیحات را در قسمت زیر ارائه کنید.

توجه: برخی اطلاعاتی که در آیتم‌های 7a تا 7f ارائه می‌کنید ممکن است همپوشانی داشته باشد. اگر تشخیص دهید که در حال ارائه اطلاعات تکراری هستید، می‌توانید ذکر کنید که قبلاً این اطلاعات را ارائه کرده‌اید و بگویید که این اطلاعات را کجا ارائه کرده بودید.

a. خوانده به اختلال طیف شیزوفرنی یا دیگر اختلال روان‌پریشی در همان طبقه، یا اختلال دوقطبی نوع یک با ویژگی‌های روان‌پریشی مصاب است، طبق تعاریف موجود در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) جاری، به استثنای مواردی که روان‌پریشی ناشی از مسمومیت فعلی باشد. (توضیحات را در قسمت زیر ارائه کنید):

b. خوانده هم‌اکنون به اختلال روانی جدی، طبق تعریف بخش 5600.3(b)(2) از «قانون رفاه و موسسات» دچار است، زیرا این اختلال:
(1) شدید و بلندمدت است؛
(2) ممکن است سبب بروز رفتاری شود که فعالیت‌های اصلی زندگی روزمره خوانده را مختل کند، یا سبب بروز این رفتار شده است؛ و
(3) ممکن است، در صورت نبود درمان، حمایت و توان‌بخشی، منجر به ناتوانی خوانده در حفظ سازگاری پایدار و کارکرد مستقل به مدت طولانی یا محدود شود، یا منجر به بروز این وضعیت شده است.
(شدت، مدت و پیامدهای اختلال روانی خوانده را در قسمت زیر شرح دهید):

c. وضعیت خوانده در فرآیند درمان اختیاری پیوسته فعلاً از نظر کلنیکی پایدار نیست. خوانده در تداوی مداوم، از نظر بالینی تثبیت‌شده محسوب می‌شود اگر هر دو شرط زیر صادق باشد:
(1) وضعیت خوانده پایدار است و رو به وخامت نمی‌رود؛ و
(2) خوانده در حال حاضر در تداوی فعالانه مشارکت دارد و علائم خود را از طریق مصرف دارو یا سایر مداخلات درمانی مدیریت می‌کند.
(مشکل کنونی خوانده و درمان مستمر را در قسمت زیر شرح دهید):

d. حداقل یکی از گزینه‌های زیر درست است *((1)* یا *(2)* یا هر دو را تکمیل کنید*)*:
(1) ☐ خوانده، بدون نظارت، احتمالاً نمی‌تواند ایمنی خود را در جامعه حفظ کند و مشکل خوانده به شکل چشمگیر در حال بدتر شدن است.
(توضیح دهید که چرا خوانده احتمالاً نمی‌تواند ایمنی خود را در جامعه حفظ کند، نوع نظارت مورد نیاز خوانده برای حفظ ایمنی را شرح دهید، و بگویید که وضعیت جسمی یا روانی خوانده چگونه اخیراً بدتر شده است):

دادرسی‌های قانون CARE برای (نام):	شماره پرونده:
فقط جهت اطلاع خوانده	نزد دادگاه طرح شکایت نشود

7. d. (2) ☐ خوانده برای پیشگیری از بازگشت یا بدتر شدن مشکل که احتمالاً منجر به تحمیل ناتوانی چشمگیر یا آسیب جدی به خوانده یا دیگران خواهد شد، به خدمات و حمایت‌هایی نیاز دارد. (خدمات و حمایت‌های مورد نیاز خوانده را شرح دهید و بگویید که چرا خوانده، در صورت نبود این خدمات و حمایت‌ها، دچار ناتوانی چشمگیر خواهد شد یا خود یا دیگران را در معرض آسیب قرار خواهد داد):

e. شرکت در برنامه CARE یا توافق CARE کمترین اقدام جایگزین محدودکننده و لازم برای تضمین بهبود و پایداری وضعیت خوانده خواهد بود. (توضیح دهید که چرا سایر برنامه‌های درمانی کمتر محدودکننده چندان برای خوانده کارآیی نخواهد داشت):

f. شرکت در برنامه CARE یا توافق CARE احتمالاً به سود خوانده خواهد بود زیرا (در قسمت زیر شرح دهید):

8. اختیاری: اطلاعات تکمیلی (در صورت لزوم، هریک از عبارات زیر را که درست است علامت بزنید، و اطلاعات درخواستی را، در صورت مشخص بودن، ارائه کنید):

a. ☐ خوانده به خدمات ترجمه شفاهی یا امکانات ویژه معلولان نیاز دارد. (اگر می‌دانید، بگویید که خوانده به چه خدمات یا امکاناتی نیاز دارد):

b. ☐ خوانده تحت پوشش مرکز منطقه‌ای است. (اگر می‌دانید، نام مرکز و خدماتی که به خوانده ارائه می‌کند را ذکر کنید):

c. ☐ خوانده عضو نیروهای مسلح یا ذخیره ایالتی یا فدرال است یا بوده است. (اگر می‌دانید، نام یگان مرتبط را ذکر کنید):

d. ☐ خوانده عضو فعال یکی از قبایل سرخپوست رسمی فدرال است. (اگر می‌دانید، نام و نشانی پستی قبیله را ذکر کنید):

e. ☐ خوانده تحت پوشش خدمات برنامه خدمات سلامت سرخپوستان کالیفرنیا، اداره سلامت رفتار قبایل کالیفرنیا، یا دادگاه قبایل کالیفرنیا است. (اگر می‌دانید، نام و نشانی پستی برنامه، اداره یا دادگاه را ذکر کنید):

دادرسی‌های قانون CARE برای (نام):	شماره پرونده:
فقط جهت اطلاع خوانده	نزد دادگاه طرح شکایت نشود

8. f. ☐ خوانده تحت پوشش خدمات اعتیاد، بزهکاری یا گذار دادگاه کودکان است. (اگر می‌دانید، اطلاعات زیر را ارائه کنید):
   (1) دادگاه:
   (2) شماره پرونده:
   (3) وکیل خوانده در دعوای دادگاه کودکان (نام):
   (نشانی پستی):
   (شماره تلفن): (نشانی پستی):

g. ☐ خوانده دارای سرپرست منصوب دادگاه است. (اگر می‌دانید، اطلاعات زیر را ارائه کنید):
   (1) دادگاه:
   (2) شماره پرونده:
   (3) وکیل خوانده در دعوای سرپرستی (نام):
   (نشانی پستی):
   (شماره تلفن): (نشانی ایمیل):

9. دادگاه فدرال (این آیتم را فقط در صورتی پر کنید که کاربرد داشته باشد؛ اگر برخی از اطلاعات درخواستی را نمی‌دانید، این بخش را خالی بگذارید):
   ☐ این درخواست در پاسخ به ارجاع خوانده از دعوای دادگاهی دیگر ارائه می‌شود.
   a. دادگاه، اداره، و مامور قضایی:
   b. شماره پرونده:
   c. نوع دعوایی که خوانده از آن ارجاع داده شده است (یکی را علامت بزنید):
      (1) ☐ دعوای صلاحیت روانی ناشی از پیگرد کیفری (آیین‌نامه دادرسی کیفری، بخشهای 1370، 1370.01)
      (2) ☐ درمان سرپایی حمایتی (قانون رفاه و موسسات، بخشهای 5348-5346)
      (3) ☐ سرپرستی قانون لنترمن-پتریس-شورت (قانون رفاه و و موسسات، بخشهای 5372-5350)
   d. ☐ حکم ارجاع پیوست و با عنوان «پیوست 9» ارائه شده است (اختیاری).
   e. وکیل خوانده در دعوای مشمول ارجاع (نام):
   (نشانی پستی):
   (شماره تلفن): (نشانی ایمیل):

10. تعداد صفحات پیوست: _____

تاریخ:

نام وکیل (در صورت وجود) را تایپ کنید یا با حروف بزرگ کتابی بنویسید ◀ امضای وکیل، در صورت وجود

من با آگاهی از مجازات شهادت دروغ و طبق قوانین ایالت کالیفرنیا درستی اظهارات بالا را تایید می‌کنم.

تاریخ:

نام متقاضی را تایپ کنید یا با حروف بزرگ کتابی بنویسید ◀ فقط جهت اطلاع
امضای متقاضی

به منظور محافظت از حریم خصوصی و امنیت اطلاعات خود، لطفاً بعد از چاپ فرم دکمه "پاک کردن" را فشار دهید.

پاک کردن | ذخیره کردن | چاپ