محرمانه

CARE-101 F

وکیل یا طرف بدون وکیل	شماره پروانه ایالتی وکالت	فقط برای استفاده دادگاه
نام: نام شرکت: نشانی خیابان: شهر: ایالت: کد پستی: شماره تلفن: شماره نمابر: نشانی ایمیل: وکیل مربوط به *(نام)*:		فقط جهت اطلاع نزد دادگاه طرح شکایت نشود
دیوان عالی کالیفرنیا، کانتی نشانی خیابان: نشانی پستی: شهر و کدپستی: نام شعبه:		
دعوای قانون CARE مربوط به *(نام)*: خوانده		
اظهارنامه سلامت روان-دعوای قانون **CARE**		شماره پرونده: نزد دادگاه طرح شکایت نشود

خطاب به کارشناس مجاز سلامت رفتار
دادگاه به کمک این فرم تشخیص می‌دهد که آیا خوانده معیارهای تشخیصی مربوط به دعوای قانون CARE را برآورده می‌کند یا خیر .

اطلاعات کلی

1. نام اظهارکننده:

2. نشانی رسمی، شماره تلفن، و نشانی ایمیل:

3. وضعیت پروانه *(a* یا *b* را پر کنید*)*:

a. ☐ من کارشناس مجاز سلامت رفتار هستم و معاینه ذکرشده در این فرم را در چارچوب اختیارات مشمول پروانه فعالیت انجام می‌دهم. من، طبق پروانه معتبر کالیفرنیا، می‌توانم به عنوان ... فعالیت کنم *(یکی را علامت بزنید)*

(1) ☐ پزشک.
(2) ☐ روان‌شناس.
(3) ☐ مددکار اجتماعی بالینی.
(4) ☐ درمانگر ازدواج و خانواده.
(5) ☐ مشاور بالینی حرفه‌ای.
(6) ☐ پرستار دیپلمه.
(7) ☐ دستیار پزشک.

b. ☐ «اداره خدمات درمانی» ایالت، بر اساس بخش 5751.2 از «قانون رفاه و موسسات»، من را از دریافت پروانه معاف کرده است (شرح دهید) شرح دهید*)*:

c. شماره پروانه من *(در صورت وجود)*:

4. خوانده *(نام)*:
☐ بیمار تحت مراقبت و درمان مستمر من است ☐ نیست

Judicial Council of California, courts.ca.gov
Rev. July 1, 2026, Mandatory Form
Welf. & Inst. Code, §§ 5971, 5972, 5975, 5977

دعوای قانون CARE مربوط به *(نام)*:	شماره پرونده:
فقط جهت اطلاع خوانده	نزد دادگاه طرح شکایت نشود

معاینه یا اقدامات صورت‌گرفته برای معاینه خوانده

5. یکی از موارد زیر را تکمیل کنید *(**a** و **b** باید ظرف **60** روز از تاریخ ارائه درخواست قانون **CARE** رخ داده باشد)*:

a. ☐ خوانده را در *(تاریخ)* معاینه کردم: *(به آیتم **7** بروید)*.

b. ☐ در تاریخ‌های زیر: برای معاینه خوانده اق دام کردم ولی اقدام من به دلیل عدم‌همکاری خوانده و نپذیرفتن معاینه از سوی خوانده، بی‌نتیجه ماند.

6. *(فقط در صورتی پاسخ دهید که آیتم **5b** علامت خورده باشد.)* زمان، دفعات اقدام و نوع اقدامات صورت‌گرفته برای معاینه خوانده را با جزییات شرح دهید. ضمناً، واکنش خوانده به این اقدامات و نتیجه هر مورد اقدام را شرح دهید.

7. بر اساس اطلاعات بالا، تشخیص معقول من این است که خوانده معیارهای تشخیصی مربوط به دعوای قانون CARE را برآورده می‌کند *(برای این که خوانده واجدشرایط دعوای قانون **CARE** باشد، تک‌تک الزامات زیر باید برآورده شود)*:

a. خوانده، طبق تعریف سند جاری راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، به اختلال طیف اسکیزوفرنی یا اختلال روان‌پریشی دیگر، در همان رده، یا اختلال دو-قطبی با ویژگی‌های روان‌پریشی، به‌استثنای روان‌پریشی مرتبط با مسمومیت جاری، دچار است *(اختلال خاص را مشخص کنید)*:

توجه**:** طبق بخش 5972 از «قانون رفاه و موسسات»، اختلال روان‌پریشی در صورتی واجد شرایط‌کننده محسوب می‌شود که اساساً ماهیت روان‌پزشکی داشته باشد و ناشی از بیماری‌هایی مانند آسیب مغزی تروماتیک، اوتیسم، زوال‌عقل، یا مشکل عصبی، نباشد. شخصی که دچار اختلال سوءمصرف مواد مخدر باشد، ولی سایر معیارهای قانونی، مانند اختلال روان‌پریشی، را برآورده نکند، واجد شرایط محسوب نمی‌شود.

b. خوانده دچار اختلال روانی حاد است که *(همه آیتم‌های زیر باید پر شود)*:

(1) شدید و بلندمدت است *(جزییات را شرح دهید)*:

دعوای قانون CARE مربوط به (نام): خوانده	شماره پرونده:
فقط جهت اطلاع	نزد دادگاه طرح شکایت نشود

7. b. (2) ممکن است سبب بروز رفتاری شود که فعالیت‌های اصلی زندگی روزمره را مختل کند *(جزییات را شرح دهید)*:

(3) ممکن است، در صورت نبود درمان، حمایت و توان‌بخشی، منجر به ناتوانی در حفظ سازگاری پایدار و کارکرد مستقل به مدت طولانی یا محدود شود *(جزییات را شرح دهید)*:

c. وضعیت خوانده، در فرآیند درمان اختیاری پیوسته، پایداری بالینی ندارد. در روند درمان مستمر، خوانده در صورتی دارای پایداری بالینی محسوب می‌شود که هر دو شرط زیر برقرار باشد:
(1) وضعیت خوانده پایدار باشد و رو به وخامت نباشد؛ و
(2) خوانده وارد فرآیند درمان شده باشد و نشانه‌های بیماری را با دارو یا سایر مداخلات درمانی مدیریت کند.
(جزییات را شرح دهید):

d. حداقل یکی از گزینه‌های زیر درست است *(یکی از/ هر دو مورد 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 *(جزییات را شرح دهید)*:

(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 *(جزییات را شرح دهید)*:

دعوای قانون CARE مربوط به (نام):	شماره پرونده:
فقط جهت اطلاع خوانده	نزد دادگاه طرح شکایت نشود

7. e. شرکت در برنامه CARE یا توافق CARE کمترین اقدام جایگزین محدودکننده و لازم برای تضمین بهبود و پایداری وضعیت خوانده خواهد بود (جزییات را شرح دهید):

f. شرکت در برنامه CARE یا توافق CARE احتمالاً به سود خوانده خواهد بود (جزییات را شرح دهید):

8. ☐ اطلاعات تکمیلی درباره معاینه خوانده ☐ در ادامه ☐ در «پیوست 8» ارائه شده است.

من، با آگاهی از مجازات سوگندشکنی و طبق قوانین ایالت کالیفرنیا اعلام می‌کنم که اظهارات بالا واقعی و درست است.

تاریخ:

فقط جهت اطلاع

نام اظهارکننده با حروف چاپی یا حروف بزرگ کتابی

امضای اظهارکننده

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

چاپ | ذخیره کردن | پاک کردن