សម្ងាត់

CARE-100 CM

មេធាវី ឬអ្នកដាក់ញត្តិដែលគ្មានលេខមេធាវី ឈ្មោះ៖ ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន៖ អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ ទីក្រុង៖ រដ្ឋ៖ លេខប្រៃបណីយដ្ឋាន៖ លេខទូរស័ព្ទ៖ លេខទូរសារ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖ មេធាវីសម្រាប់ (នាមត្រកូល)៖	លេខសម្គាល់មេធាវីរដ្ឋ៖
តុលាការកំពូលនៃរដ្ឋ **CALIFORNIA** ខោនធីនៃ អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ៖ ទីក្រុងនិងប្រៃបណីយដ្ឋាន៖ ឈ្មោះសាខា៖	
នីតិវិធី CARE ACT សម្រាប់ (ឈ្មោះ)៖ អ្នកឆ្លើយតប	
ញត្តិដើម្បីចាប់ផ្តើមនីតិវិធី **CARE ACT**	លេខករណី៖ កុំដាក់ឯកសារជាមួយតុលាការ

សម្រាប់ការប្រើប្រាស់របស់តុលាការប៉ុណ្ណោះ

សម្រាប់ជាព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ
កុំដាក់ឯកសារជាមួយតុលាការ

សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការបំពេញទម្រង់នេះ សូមមើល ព័ត៌មានសម្រាប់អ្នកដាក់ញត្តិ-អំពី *CARE Act* (ទម្រង់ CARE-050-INFO) សូមចូលទៅគេហទំព័រ CARE Act ស្តីពីគេហទំព័រជំនួយខ្លួនឯងនៅ https://selfhelp.courts.ca.gov/care-act ឬទំនាក់ទំនងមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយខ្លួនឯងនៃតុលាការមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងរកទីកន្លែងនិងម៉ោងធ្វើការរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយខ្លួនឯង សូមចុចលើ https://selfhelp.courts.ca.gov/self-help/find-self-help។

1. ខ្ញុំ (ដាក់បញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នកនៅទីនេះ)៖
   កំពុងស្នើសុំតុលាការឲ្យស្វែងរកថា (ឈ្មោះរបស់មនុស្សដែលអ្នកចង់បានសេវាកម្មឲ្យ ដែលត្រូវបានហៅថាជាអ្នកឆ្លើយតប)៖

   មានសិទ្ធិដើម្បីចូលរួមក្នុងដំណើរការ CARE Act។ អ្នកឆ្លើយតបបានកើតនៅ (កាលបរិច្ឆេទកំណើត ប្រសិនបើអ្នកដឹងវា)៖ ឬ
   ខ្ញុំមិនដឹងកាលបរិច្ឆេទកំណើតរបស់អ្នកឆ្លើយតប ប៉ុន្តែអ្នកឆ្លើយតប (អាយុប្រមាណ ជាចំនួនឆ្នាំ)៖ ឆ្នាំ។

2. ខ្ញុំមានអាយុ 18 ឆ្នាំឬច្រើនជាងនេះហើយ (គូសយកប្រភេទទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទងនឹងអ្នក)៖
   a. ☐ មនុស្សដែលរស់នៅជាមួយអ្នកឆ្លើយតប។
   b. ☐ ប្តីប្រពន្ធ ឬដៃគូក្នុងផ្ទះដែលបានចុះឈ្មោះ ឪពុកម្តាយ បងប្អូនបង្កើត កូន ឬជីដូនជីតានៃអ្នកឆ្លើយតប។
   c. ☐ មនុស្សដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឲ្យធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមជាឪពុកឬម្តាយរបស់អ្នកឆ្លើយតប។
   d. ☐ នាយកទីភ្នាក់ងារសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់ខោនធីនេះ។*
   e. ☐ អ្នកជំនាញសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ ដែលកំពុង ឬបាន ទទួលការព្យាបាល ឬការត្រួតពិនិត្យការព្យាបាលរបស់អ្នកឆ្លើយតបក្នុងអំឡុងពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយនេះ។*
   f. ☐ នាយកនៃមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកឆ្លើយតបត្រូវបានសម្រាកព្យាបាល។*
   g. ☐ នាយកអង្គការសាធារណៈ ឬសប្បុរសធម៌ ឬលំនៅឋាន
      (1) ☐ ដែលកំពុង ឬដែលបានផ្តល់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាដល់អ្នកឆ្លើយតបក្នុងអំឡុង 30 ថ្ងៃចុងក្រោយនេះ* ឬ
      (2) ☐ ដែលអ្នកឆ្លើយតបបានស្នាក់ក្នុងស្ថាប័នរបស់ខ្លួន។*
   h. ☐ អ្នកឆ្លើយតប។
   i. ☐ អ្នកឆ្លើយតបដំបូង - រួមទាំងមន្ត្រីសន្តិភាព អ្នកពន្លត់អគ្គីភ័យ អ្នកជំនួយវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកបច្ចេកទេសពេទ្យសង្គ្រោះបន្ទាន់ បុគ្គលិកឆ្លើយតបវិបត្តិចល័ត ឬអ្នកធ្វើការផ្សព្វផ្សាយដល់ជនគ្មានផ្ទះសម្បែង - ដែលបានធ្វើការប្រាស្រ័យទាក់ទងម្តងហើយម្តងទៀតជាមួយអ្នកឆ្លើយតប។
   j. ☐ អាណាព្យាបាលសាធារណៈ ឬអ្នកអភិរក្សសាធារណៈរបស់ខោនធី។*
   k. ☐ អ្នកអភិរក្ស ឬអ្នកអភិរក្សដែលត្រូវបានស្នើបញ្ជូនពីនីតិវិធីនៅក្រោមក្រម ច្បាប់សុខុមាលភាព និងស្ថាប័ន ផ្នែក 5350។
   l. ☐ នាយកនៃសេវាការពារមនុស្សចាស់នៃខោនធីនេះ។*
   m. ☐ នាយកកម្មវិធីសេវាសុខភាពរបស់ជនជាតិអាមេរិកស្បែកក្រហមរដ្ឋ Califiornia ឬនាយកដ្ឋានសុខភាពអាកប្បកិរិយាកុលសម្ព័ន្ធ ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយនេះ បានផ្តល់ ឬកំពុងផ្តល់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាដល់អ្នកឆ្លើយតប។*
   n. ☐ ចៅក្រមតុលាការកុលសម្ព័ន្ធរដ្ឋ Califiornia ដែលអ្នកឆ្លើយតបនោះបានទៅបង្ហាញខ្លួន ក្នុងអំឡុងពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយនេះ។*

   * ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងប្រភេទដែលមានសញ្ញា * នៅក្បែរ អ្នកអាចចាត់តាំងឲ្យអ្នកណាម្នាក់ដាក់ញត្តិជំនួសអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានចាត់តាំងឱ្យដាក់ញត្តិដោយមនុស្សនៅក្នុងប្រភេទដែលមានសញ្ញា * នៅក្បែរ សូមពិនិត្យប្រភេទនោះ ហើយបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នកខាងលើ។

3. ខ្ញុំបានមានអន្តរកម្មជាមួយអ្នកឆ្លើយតបដូចតទៅ (ពិពណ៌នាពេលណា (ផ្តល់ជាកាលបរិច្ឆេទ) ដែលអ្នកបានជួបគេចុងក្រោយ ហើយនិងអ្វីដែលបានកើតឡើង នៅអ្នកធ្វើការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយអ្នកឆ្លើយតប)៖

☐ អ្នកត្រូវការកន្លែងបន្ថែមសម្រាប់ចម្លើយរបស់អ្នក សូមប្រើក្រដាសមួយដោយឡែក ហើយដាក់ស្លាកវាជាឯកសារភ្ជាប់ទី 3 ។

សម្ងាត់

CARE-100 CM

នីតិវិធី CARE ACT សម្រាប់ *(ឈ្មោះ)*៖	លេខករណី៖
សម្រាប់ជាព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ អ្នកឆ្លើយតប	កុំដាក់ឯកសារជាមួយតុលាការ

4. a. អ្នកឆ្លើយតបរស់នៅឬត្រូវបានរកឃើញចុងក្រោយនៅ *(ផ្តល់អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកឆ្លើយតបប្រសិនបើពួកគេមាន ឬស្គាល់វា រួមទាំងរួមទាំងប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ដែលពួកគេទទួលបានសំបុត្រ។ បើមិនដូច្នេះទេ សូមពិពណ៌នាកន្លែងដែលអ្នកឆ្លើយតបរស់នៅ ទីតាំងចុងក្រោយដែលពួកគេស្នាក់នៅ ឬទីតាំងដែលពួកគេត្រូវបានរកឃើញ ញឹកញាប់)*៖

b. ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងឯទៀតរបស់អ្នកឆ្លើយតបគឺជា៖
(លេខទូរសព្ទ ប្រសិនបើមាន)៖ អ្នកឆ្លើយតប ☐ តបត ☐ មិន តបតនឹងសារជាអក្សរ។
(អាសយដ្ឋាយ ប្រសិនបើមាន)៖

c. ខ្ញុំជឿថារបៀបដ៏ល្អបំផុតដើម្បីទាក់ទងអ្នកឆ្លើយតបគឺ *(គូសយកទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)* ៖
(1) ☐ ដោយការទៅជួបដោយផ្ទាល់
(2) ☐ ដោយការទូរសព្ទទៅពួកគេ
(3) ☐ ដោយការផ្ញើសារជាអក្សរដល់ពួកគេ
(4) ☐ ដោយការផ្ញើអ៊ីមែលទៅពួកគេ
(5) ☐ ដោយការផ្ញើសំបុត្រទៅពួកគេ
(6) ☐ តាមវិធីផ្សេងទៀត (ពិពណ៌នា)៖

d. ☐ អ្នកឆ្លើយតបត្រូវការជំនួយ ☐ ការអាន ☐ ការស្តាប់ឮ ឬការយល់ ☐ ការនិយាយភាសា អង់គ្លេស។
ភាសានិយមប្រើរបស់អ្នកឆ្លើយតប *(បញ្ជាក់ប្រាប់អំពីភាសា)*៖

5. អ្នកឆ្លើយតប *(គូសធីកយក a ឬ b; ប្រសិនបើអ្នកគូសធីកយក b, អ្នកត្រូវតែគូសធីកយក (1) ឬ (2))*៖
a. ☐ គឺជាអ្នកតាំងទីលំនៅក្នុងខោនធីដែលញត្តិនេះត្រូវបានដាក់។
b. ☐ មិនមែនជាអ្នកតាំងទីលំនៅក្នុងខោនធីដែលញត្តិនេះត្រូវបានដាក់នោះទេ។
ខោនធីនៃលំនៅឋានរបស់អ្នកឆ្លើយតបគឺ *(ប្រសិនបើអ្នកដឹង)*៖
(1) ☐ អ្នកឆ្លើយតបមានទីតាំងនៅខោនធីដែលញត្តិនេះត្រូវបានដាក់។
(2) ☐ អ្នកឆ្លើយតបគឺជាចុងចោទ ឬអ្នកឆ្លើយតបក្នុងដំណើរការនីតិវិធីព្រហ្មទណ្ឌ ឬរដ្ឋប្បវេណីដែលកំពុងរង់ចាំនៅក្នុងតុលាការកំពូលនៃខោនធីដែលញត្តិនេះត្រូវបានដាក់។

6. ភស្តុតាងដែលគាំទ្រញត្តិនេះរួមមាន *(អ្នកត្រូវតែពិនិត្យ និងផ្តល់យ៉ាងហោចណាស់មួយក្នុងចំនោមខាងក្រោម)*៖
a. ☐ សេចក្តីប្រកាសរបស់អ្នកជំនាញសុខភាពខាងអាកប្បកិរិយាដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណម្នាក់ (ទម្រង់ CARE-101) ត្រូវបានភ្ជាប់មកនិងមានឈ្មោះថាជាឯកសារភ្ជាប់ 6a.
b. ☐ សេចក្តីថ្លែងការណ៍ ឬឯកសារដែលបង្ហាញថាអ្នកឆ្លើយតបត្រូវបានសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យពីរដង ឬច្រើនដងសម្រាប់ការព្យាបាលដោយមិនស្ម័គ្រចិត្ត ហើយការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យដោយមិនស្ម័គ្រចិត្តចុងក្រោយបំផុតបានបញ្ចប់តិចជាង 60 ថ្ងៃមុន។

កំណត់ចំណាំ៖ ដូចដែលបានប្រើនៅក្នុងទម្រង់នេះ, “ការព្យាបាលដោយមិនស្ម័គ្រចិត្ត” សំដៅលើការផ្អាករយៈពេល 14 ថ្ងៃដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ ច្បាប់សុខុមាលភាព និងស្ថាប័ន 5250 ។ វា មិន សំដៅទៅលើការព្យាបាលដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយដោយលក្ខន្តិក:ផ្សេងទៀត រួមទាំងប៉ុន្តែមិនកំណត់តែចំពោះផ្នែក ច្បាប់សុខុមាលភាព និងស្ថាប័ន ផ្នែក 5150, 5260, 5270.15, និង 5270.70។

(ប្រសិនបើអ្នកគូសធីក 6b នៅខាងលើ សូមពិនិត្យ (1) ហើយផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោម ឬពិនិត្យ (2) ហើយភ្ជាប់ឯកសារ ឬធ្វើទាំងពីរ។)
(1) ☐ ខ្ញុំដឹងដោយផ្ទាល់ថា អ្នកឆ្លើយតបបានសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ការព្យាបាលដោយមិនស្ម័គ្រចិត្ត។ *(ពិពណ៌នាអំពីអ្វីដែលបានកើតឡើងរៀងរាល់ពេលហើយពន្យល់អំពីវិធីដែលអ្នកដឹងអំពីរឿងនេះ។)*

(2) ☐ ខ្ញុំបានភ្ជាប់ឯកសារដែលបង្ហាញថាអ្នកឆ្លើយតបត្រូវបានសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យពីរដងឬច្រើនដងសម្រាប់ការព្យាបាលដោយមិនស្ម័គ្រចិត្ត ហើយបានដាក់ស្លាកឯកសារភ្ជាប់ 6b1, 6b2, 6b3 ។ល។ (រួមជាមួយ ជាឧទាហរណ៍ សេចក្តីប្រកាសដែលបានចុះហត្ថលេខារបស់ខ្លួន *(លុះត្រាតែអ្នកមានចំណេះដឹងផ្ទាល់ខ្លួនអំពីការព្យាបាលដោយមិនស្ម័គ្រចិត្តរបស់អ្នកឆ្លើយតប)* ច្បាប់ចម្លងនៃវិញ្ញាបនប័ត្រសម្រាប់ការព្យាបាលកម្រិតធ្ងន់ សេចក្តីប្រកាសដែលបានចុះហត្ថលេខាដោយបុគ្គលដែលបានឃើញពីការព្យាបាលដោយមិនស្ម័គ្រចិត្តរបស់អ្នកឆ្លើយតប ឬកំណត់ត្រាផ្សេងទៀត។*)*

សម្ងាត់

CARE-100 CM

នីតិវិធី CARE ACT សម្រាប់ *(ឈ្មោះ)*៖	លេខករណី៖
សម្រាប់ជាព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ អ្នកឆ្លើយតប	កុំដាក់ឯកសារជាមួយតុលាការ

7. យ៉ាងអស់ពីចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ អ្នកឆ្លើយតបបំពេញតាមតម្រូវការនីមួយៗនៅខាងក្រោម៖

☐ គូសធីកត្រង់នេះ ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលត្រូវបានស្នើសុំទាំងអស់ក្នុងកម្មវត្ថុលេខ *7a* រហូតដល់ លេខ *7f* ត្រូវបានរួមបញ្ចូលក្នុងទម្រង់បែបបទ *CARE-101*។ ប្រសិនបើមាន អ្នកអាចរំលងសំនួរដែលនៅសល់ទាំងនេះ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើស។ បើមិនដូច្នោះទេ ពន្យល់ខាងក្រោម។

កំណត់ចំណាំ៖ សេចក្តីលំអិតខ្លះដែលអ្នករួមបញ្ចូលក្នុងកម្មវត្ថុលេខ 7a រហូតដល់ លេខ 7f អាចជាន់គ្នា។ ប្រសិនបើអ្នកសម្គាល់ឃើញថាអ្នកកំពុងនិយាយច្រំដែល ៗ អ្នកអាចនិយាយថាអ្នកបានផ្តល់ព័ត៌មានរួចហើយ ហើយប្រាប់ពីកន្លែងដែលអ្នកបាននិយាយវាពីមុន។

a. អ្នកឆ្លើយតបមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដូចដែលបានកំណត់នៅក្នុង *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ជំងឺវិកលចរិក ឬជំងឺវិកលចរិកផ្សេងទៀត នៅក្នុងថ្នាក់ដូចគ្នា ឬជំងឺបាយប៉ូឡាទី ១ ដែលមានលក្ខណៈវិកលចរិក លើកលែងតែជំងឺវិកលចរិកដែលទាក់ទងនឹងការស្រវឹងបច្ចុប្បន្ន។ (ពន្យល់ខាងក្រោម)៖

b. អ្នកឆ្លើយតបបច្ចុប្បន្នកំពុងមានជំងឺផ្លូវចិត្តយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ ដូចដែលបានកំណត់នៅក្នុងក្រម ច្បាប់សុខុមាលភាព និងស្ថាប័ន មាត្រា 5600.3(b)(2) ព្រោះតែជម្ងឺនេះ៖

(1) មានកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ និងមានរយៈពេលយូរ

(2) អាចបណ្តាលឲ្យមាន ឬបានបណ្តាលឲ្យមានអាកប្បកិរិយាដែលប៉ះពាល់យ៉ាងខ្លាំងទៅលើសកម្មភាពសំខាន់ៗនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នកឆ្លើយតប ហើយ

(3) អាចបណ្តាលឱ្យ ឬបានបណ្តាលឱ្យមានអសមត្ថភាពក្នុងការរក្សាការកែសម្រួលដែលមានស្ថេរភាព និងការបំពេញមុខងារដោយឯករាជ្យដោយគ្មានការព្យាបាល ការគាំទ្រ និងការស្តារឡើងវិញសម្រាប់រយៈពេលយូរឬមិនកំណត់។

(ពិពណ៌នានូវភាពធ្ងន់ធ្ងរ រយៈពេល និងឥទ្ធិពលនៃជំងឺផ្លូវចិត្តរបស់អ្នកឆ្លើយតបនៅខាងក្រោម)៖

c. អ្នកឆ្លើយតបមិនមានស្ថេរភាពនៅក្នុងការព្យាបាលស្ថ័គ្រចិត្តដែលកំពុងបន្ត។ អ្នកឆ្លើយតបមានស្ថេរភាពក្នុងការព្យាបាលដែលកំពុងបន្ត ប្រសិនបើទាំងពីរខាងក្រោមនេះជាការពិត៖

(1) ស្ថានភាពរបស់អ្នកឆ្លើយតបមានស្ថេរភាព និងមិនកាន់តែយ៉ាប់យ៉ឺន។ ហើយ

(2) អ្នកឆ្លើយតបបច្ចុប្បន្នកំពុងចូលរួមក្នុងការព្យាបាល និងគ្រប់គ្រងរោគសញ្ញាតាមរយៈថ្នាំ ឬអន្តរាគមន៍ព្យាបាលផ្សេងទៀត។

(ពិពណ៌នាអំពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកឆ្លើយតប និងការព្យាបាលដែលកំពុងបន្តខាងក្រោម)៖

d. យ៉ាងហោចណាស់មួយក្នុងចំណោមខាងក្រោមគឺពិត *(ពេញលេញ (1) ឬ (2) ឬទាំងពីរ)* ៖

(1) ☐ អ្នកឆ្លើយតបទំនងជាមិនអាចនៅរស់បានដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងសហគមន៍ដោយគ្មានការត្រួតពិនិត្យ ហើយ ស្ថានភាពរបស់អ្នកឆ្លើយតបគឺកាន់តែយ៉ាប់យ៉ឺនខ្លាំង។ (ពន្យល់អំពីមូលហេតុដែលអ្នកឆ្លើយតបប្រហែលជាមិនអាចរស់រានដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងសហគមន៍ ពិពណ៌នាអំពីប្រភេទនៃការត្រួតពិនិត្យអ្នកដែលឆ្លើយតបត្រូវការដើម្បីរស់រានដោយសុវត្ថិភាព ហើយពិពណ៌នាអំពីស្ថានភាពខាងរាងកាយនិងផ្លូវចិត្ត ដែលចុះដុនដាបថ្មីៗនេះ៖

នីតិវិធី CARE ACT សម្រាប់ *(ឈ្មោះ)*៖	លេខករណី៖
សម្រាប់ជាព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ អ្នកឆ្លើយតប	កុំដាក់ឯកសារជាមួយតុលាការ

7. d. (2) ☐ អ្នកឆ្លើយតបត្រូវការសេវាកម្មនិងការគាំទ្រដើម្បីបង្ការការលាប់ជំងឺមកវិញ ឬភាពយ៉ាប់យឺនដែលអាចនឹងនាំឱ្យមានភាពពិការធ្ងន់ធ្ងរ ឬគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់អ្នកឆ្លើយតបឬអ្នកដទៃ។ *(ពិពណ៌នាអំពីសេវាកម្ម និងជំនួយដែលត្រូវការដោយអ្នកឆ្លើយតប ហើយពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអ្នកឆ្លើយតបនឹងក្លាយទៅជាពិការយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ ឬបង្ហាញពីហានិភ័យនៃគ្រោះថ្នាក់ដល់ខ្លួនឯង ឬអ្នកដទៃដោយគ្មានពួកគេ)*៖

e. ការចូលរួមក្នុងផែនការ CARE ឬកិច្ចព្រមព្រៀង CARE គឺជាជម្រើសជំនួសដែលមានការដាក់កំហិតតិចតួចបំផុតដែលចាំបាច់ដើម្បីធានាការជាសះស្បើយនិងស្ថេរភាពរបស់អ្នកឆ្លើយតប។ *(ពន្យល់ហេតុអ្វីបានជាមិនមានផែនការព្យាបាលមិនសូវតឹងរឹងដទៃទៀតដែលអាចមានដំណើរការល្អសម្រាប់អ្នកឆ្លើយតប)*៖

f. អ្នកឆ្លើយតបទំនងជាអាចទទួលបានផលប្រយោជន៍ពីការចូលរួមក្នុងផែនការ CARE ឬកិច្ចព្រមព្រៀង CARE ពីព្រោះ *(សូមពន្យល់ខាងក្រោម)*៖

8. ជាជម្រើស៖ ព័ត៌មានផ្សេងទៀត *(ប្រសិនបើអាច សូមពិនិត្យមើលសេចក្តីថ្លែងខាងក្រោមណាមួយដែលជាការពិត ហើយផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ ប្រសិនបើអ្នកដឹងវា)*៖

a. ☐ អ្នកឆ្លើយតបត្រូវការសេវាអ្នកបកប្រែ ឬការសម្របសម្រួលសម្រាប់ភាពពិការ។ *(ប្រសិនបើអ្នកដឹង ពណ៌នានូវអ្វីដែលពួកគេត្រូវការ)*៖

b. ☐ អ្នកឆ្លើយតបត្រូវបានមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ប្រគល់បណ្តឹងឲ្យ។ *(ប្រសិនបើអ្នកដឹង សូមផ្តល់ឈ្មោះ និងសេវារបស់មជ្ឈមណ្ឌល ដែលពួកគេទទួល)*៖

c. ☐ អ្នកឆ្លើយតបគឺជា ឬធ្លាប់ជាសមាជិកនៃសេវាប្រដាប់អាវុធរបស់រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធ ឬបម្រុង។ *(ប្រសិនបើអ្នកដឹង ផ្តល់ឈ្មោះរបស់សាខា)*៖

d. ☐ អ្នកឆ្លើយតបគឺជាសមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះរបស់កុលសម្ព័ន្ធជនជាតិដើមអាមេរិកស្បែកក្រហមរៀបចំដោយសហព័ន្ធ។ *(ប្រសិនបើអ្នកដឹង ផ្តល់ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានទទួលសំបុត្ររបស់កុលសម្ព័ន្ធ)*៖

e. ☐ អ្នកឆ្លើយតបកំពុងទទួលបានសេវាពីកម្មវិធីសេវាសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិកស្បែកក្រហម California នាយកដ្ឋានសុខភាពអាកប្បកិរិយាកុលសម្ព័ន្ធ California ឬតុលាការកុលសម្ព័ន្ធកាលីហ្វ័រញ៉ា។ *(ប្រសិនបើអ្នកដឹង សូមផ្តល់ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានទទួលសំបុត្ររបស់កម្មវិធី នាយកដ្ឋាន ឬតុលាការ)* ៖

សម្ងាត់

នីតិវិធី CARE ACT សម្រាប់ *(ឈ្មោះ)*៖	លេខករណី៖
សម្រាប់ជាព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ អ្នកឆ្លើយតប	កុំដាក់ឯកសារជាមួយតុលាការ

8. f. ☐ អ្នកឆ្លើយតបគឺស្ថិតនៅក្នុងភាពអាស្រ័យ ការប្រព្រឹត្តបទល្មើស ឬយុត្តាធិការការផ្លាស់ប្តូររបស់តុលាការអនីតិជន។ *(ប្រសិនបើអ្នកដឹង សូមផ្តល់ព័ត៌មាននៅខាងក្រោម)*៖
   (1) តុលាការ៖
   (2) លេខករណី៖
   (3) មេធាវីរបស់អ្នកឆ្លើយតប នៅក្នុងនីតិវិធីតុលាការអនីតិជន (ឈ្មោះ)៖
   (អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ)៖
   (លេខទូរសព្ទ)៖ *(អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល)*៖

   g. ☐ អ្នកឆ្លើយតបមានអ្នកអភិរក្សចាត់តាំងដោយតុលាការម្នាក់។ *(ប្រសិនបើអ្នកដឹង សូមផ្តល់ព័ត៌មាននៅខាងក្រោម)*៖
   (1) តុលាការ៖
   (2) លេខករណី៖
   (3) មេធាវីរបស់អ្នកឆ្លើយតបនៅក្នុងនីតិវិធីតុលាការភាពអភិរក្ស (ឈ្មោះ)៖
   (អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ)៖
   (លេខទូរសព្ទ)៖ *(អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល)*៖

9. ការបញ្ជូនរបស់តុលាការ *(សូមបំពេញចំណុចនេះ ប្រសិនបើវាអនុវត្តតែប៉ុណ្ណោះ; ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹងអំពីព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំមួយចំនួន សូមទុកផ្នែកនោះនៅទំនេរ)*;
   ☐ ញត្តិនេះត្រូវបានដាក់ជាការឆ្លើយតបចំពោះការបញ្ជូនរបស់អ្នកឆ្លើយតប ពីនីតិវិធីតុលាការមួយទៀត។
   a. មន្ត្រីតុលាការ នាយកដ្ឋាន និងចៅក្រម៖
   b. លេខករណី៖
   c. ប្រភេទនៃនីតិវិធីដែលអ្នកឆ្លើយតបត្រូវបានយោងឲ្យទៅ *(គូសធីកយកមួយ)*៖
      (1) ☐ ដំណើរការសមត្ថភាពផ្លូវចិត្តដែលកើតចេញពីការកាត់ទោសព្រហ្មទណ្ឌ (Pen. ក្រម, §§ 1370, 1370.01)
      (2) ☐ ការព្យាបាលដែលមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យដោយមានជំនួយ (ច្បាប់សុខុមាលភាព និងស្ថាប័ន, §§ 5346-5348)
      (3) ☐ ភាពអភិរក្ស ច្បាប់ Lanterman-Petris-Short (ច្បាប់សុខុមាលភាពនិងស្ថាប័ន §§ 5350-5372)
   d. ☐ ការបញ្ជាបញ្ជូនត្រូវបានភ្ជាប់ និងដាក់ស្លាកថាជាឯកសារភ្ជាប់ទី 9 *(ជាជម្រើស)*។
   e. មេធាវីរបស់អ្នកឆ្លើយតប នៅក្នុងនីតិវិធីដែលបានបញ្ជូន *(ឈ្មោះ)*៖
   (អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ)៖
   (លេខទូរសព្ទ)៖ *(អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល)*៖

10. ចំនួនទំព័រដែលបានដាក់ភ្ជាប់៖ _____

កាលបរិច្ឆេទ៖

វាយបញ្ចូល ឬសរសេរឈ្មោះមេធាវី ប្រសិនបើមាន

▶ _____
ហត្ថលេខារបស់មេធាវី ប្រសិនបើមាន

ខ្ញុំសូមប្រកាសនៅក្រោមការពិន័យលើការភូតភរក្រោមច្បាប់រដ្ឋ California ថាព័ត៌មានទាំងអស់ខាងលើគឺពិតនិងត្រឹមត្រូវ។

កាលបរិច្ឆេទ៖

វាយបញ្ចូល ឬសរសេរឈ្មោះអ្នកដាក់ញត្តិ

▶ សម្រាប់ជាព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ
ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ញត្តិ

សម្រាប់ការការពារនិងភាពឯកជនរបស់អ្នក សូមចុចប៊ូតុង លុបសម្អាតទម្រង់បែបបទនេះ បន្ទាប់ពីអ្នកបានបោះពុម្ពរួច។

បោះពុម្ព | រក្សាទុក | លុបសម្អាត