기밀 문서

CARE-100 K

변호사 또는 변호사가 없는 신청인	주 변호사 면허 번호:	법원용
이름: 법무법인 이름: 주소: 시: 주: 우편번호: 전화번호: 팩스번호: 이메일 주소: 변호사가 대리할 당사자(이름):		정보 제공 전용 법원에 제출하지 마십시오
캘리포니아 주 상급 법원, 소재 카운티 주소: 우편 주소: 시 및 우편번호: 법원 이름:		
CARE 법 절차 대상(이름): 피신청인		
CARE 법 절차 개시 청원서		사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

본 양식 작성에 관한 정보는 *CARE* 법 관련 신청인 정보(양식 CARE-050-INFO) 또는 셀프 헬프 웹사이트의 CARE 법 웹사이트 (https://selfhelp.courts.ca.gov/care-act)를 참조하거나 지역 법원의 셀프 헬프 센터에 문의하십시오. 셀프 헬프 센터의 위치 및 운영 시간은 https://selfhelp.courts.ca.gov/self-help/find-self-help를 클릭하여 확인할 수 있습니다.

1. 본인은 **(**여기에 이름 기입**):**
   법원에 (서비스를 원하는 피신청인의 이름)에 대해 다음과 같이 판단해 줄 것을 요청합니다.

   CARE 법 절차에 참여할 자격이 있습니다. 피신청인은 (생년월일, 알고 있는 경우) 에 태어났습니다. 또는
   피신청인의 생년월일을 알지 못하지만 피신청인은 (대략적인 나이) 세입니다.

2. 본인은 18세 이상이며(해당 항목에 모두 체크)
   a. ☐ 피신청인과 동거하는 사람.
   b. ☐ 피신청인의 배우자 또는 등록된 동거인, 부모, 형제자매, 자녀 또는 조부모.
   c. ☐ 피신청인의 부모 역할을 할 수 있는 권한이 있는 사람.
   d. ☐ 이 카운티의 행동건강관리국 책임자.*
   e. ☐ 지난 30일 이내에 피신청인을 치료했거나 치료를 감독한 면허를 소지한 행동 건강 전문가.*
   f. ☐ 피신청인이 입원한 병원의 원장.
   g. ☐ 공동 또는 자선 단체, 기관, 가정 책임자
      (1) ☐ 지난 30일 이내에 피신청인에게 행동 건강 서비스를 제공했거나 제공하는 사람.*
      (2) ☐ 피신청인이 거주하는 기관의 책임자.*
   h. ☐ 피신청인.
   i. ☐ 피신청인과 반복적으로 교류한 보안관, 소방관, 구급대원, 응급 의료 기술자, 이동 위기 대응 요원 또는 노숙자 봉사활동가를 포함한 초기 대응인.
   j. ☐ 이 카운티의 공공 후견인 또는 공공 보호자.*
   k. ☐ 복지 및 기관법 제5350조에 따른 소송 절차에서 추천된 후견인 또는 후견인 후보.
   l. ☐ 이 카운티의 성인보호서비스 책임자.*
   m. ☐ 지난 30일 이내에 피신청인에게 행동 건강 서비스를 제공했거나 제공 중인 캘리포니아 원주민 의료 서비스 프로그램 또는 부족 행동 건강 부서의 책임자.*
   n. ☐ 피신청인이 지난 30일 이내에 출석한 캘리포니아 부족 법원 판사.*

   * 표시가 있는 항목에 해당하는 경우 자신을 대리하여 청원서를 제출할 다른 사람을 지정할 수 있습니다. * 표시가 있는 항목에 해당하는 사람이 청원서를 제출하도록 지정한 사람인 경우 해당 항목에 체크하고 위에 본인 이름을 기입합니다.

3. 신청인과 피신청인의 상호 작용 (마지막으로 본 날짜(날짜 기입)와 피신청인과 상호 작용할 때 발생한 일을 설명):

☐ 추가 공간이 필요한 경우 별도의 종이에 작성하여 첨부 문서 3으로 표시합니다.

기밀 문서

CARE-100 K

(이름)에 대한 CARE 법 절차 진행: 정보 제공 전용 피신청인	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

4. a. 피신청인이 살고 있거나 마지막으로 발견된 장소 (피신청인이 우편을 받는 우체국 사서함을 포함해 피신청인의 거주지가 존재하고 주소가 파악된 경우 기입. 그렇지 않은 경우 피신청인이 거주하는 곳, 가장 최근의 거주지 위치 또는 자주 발견되는 곳의 위치 설명):

b. 피신청인의 다른 연락처 정보:
(전화번호, 있는 경우): 피신청인은 문자 메시지에 ☐ 답합니다. ☐ 답하지 않습니다.
(이메일 주소, 있는 경우):

c. 피신청인과 연락할 수 있는 최선의 방법(해당 항목에 모두 체크):
(1) ☐ 직접 방문
(2) ☐ 전화 통화
(3) ☐ 문자 메시지 전송
(4) ☐ 이메일 전송
(5) ☐ 우편 발송
(6) ☐ 기타(설명):

d. ☐ 피신청인은피신청인은 영어를 ☐ 읽거나 ☐ 듣거나 이해하거나 ☐ 영어로 말하는 데 도움이 필요합니다.
피신청인이 선호하는 언어(하나 이상의 언어 명시):

5. 피신청인은(*a* 또는 *b*에 체크. *b*에 체크하는 경우 *(1)* 또는 *(2)*에도 체크):
a. ☐ 이 청원서를 제출한 카운티의 거주자입니다.
b. ☐ 이 청원서를 제출한 카운티의 거주자가 아닙니다.
피신청인이 거주하는 카운티(아는 경우):
(1) ☐ 피신청인은 이 청원서를 제출한 카운티에 위치하고 있습니다.
(2) ☐ 피신청인은 이 청원서를 제출한 카운티의 상급 법원에 계류 중인 형사 또는 민사 소송의 피고 또는 피청구인입니다.

6. 이 청원서를 입증하는 증거 (다음 중 하나 이상에 체크하고 제공):
a. ☐ 면허를 소지한 행동 건강 전문가의 진술서(양식 CARE-101), 첨부 문서 6a로 표시하여 첨부됨.
b. ☐ 피신청인이 비자발적 치료를 위해 두 차례 이상 입원했으며 가장 최근의 비자발적 입원이 60일 이전에 종료되었음을 나타내는 진술서 또는 문서.

참고**:** 이 양식에 사용되는 "비자발적 치료"는 복지 및 기관법 제5250조에 의해 승인된 14일 간의 보호입원만을 뜻합니다. 복지 및 기관법 제5150조, 제5260조, 제5270.15조, 제5270.70조를 포함한 그 외 다른 법령에 의해 승인된 치료를 의미하지 않습니다.

(위 *6b*에 체크한 경우 *(1)*에 체크하고 아래 정보를 제공하거나 *(2)*에 체크하고 문서를 첨부합니다. 또는 둘 다 시행합니다.)
(1) ☐ 피신청인이 비자발적 치료를 위해 입원했던 사실을 개인적으로 알고 있습니다. (각 시기에 발생한 일과 이에 대해 어떻게 알았는지 설명합니다.)

(2) ☐ 피신청인이 비자발적 치료를 위해 두 차례 이상 입원했음을 보여주는 문서를 첨부했으며 첨부 문서 6b1, 6b2, 6b3 등으로 표시했습니다. (예를 들어 본인이 서명한 진술서(피신청인의 비자발적 치료에 대해 개인적으로 알고 있는 경우에만), 집중 치료 증명서 사본, 피신청인의 비자발적 치료를 목격한 사람이 서명한 진술서 또는 기타 기록을 포함합니다.)

(이름)에 대한 CARE 법 절차 진행: 정보 제공 전용 피신청인	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

7. 본인이 알고 있는 한, 피신청인은 아래 각 요건을 충족합니다.

☐ 항목 *7a~7f*에서 요청한 모든 정보가 양식 *CARE-101*에 포함된 경우 여기에 체크합니다. 이 경우 이 부분의 나머지 질문을 생략할 수 있습니다. 그렇지 않은 경우 아래에 설명하십시오.

참고**:** 항목 7a~7f에 기입한 일부 세부 정보가 중복될 수 있습니다. 반복되는 내용의 경우, 이미 해당 정보를 기재했음을 밝히고 앞서 기재한 부분을 언급합니다.

a. 현 정신 장애의 진단과 통계 설명서에 정의된 바와 같이 정신분열증 스펙트럼 장애나 동일한 등급의 기타 정신 장애 진단, 또는 정신병적 양상을 동반한 양극성 I형 장애 진단을 받았습니다. 여기서 말하는 진단은 현재 겪고 있는 중독과 관련된 정신병은 제외한 것입니다. (아래에 설명):

b. 피신청인은 현재 복지 및 기관법 제5600.3(b)(2)조에 정의된 심각한 정신 장애를 겪고 있으며, 장애는

(1) 정도가 심하고 기간이 지속됩니다.

(2) 피신청인의 주요 일상생활 활동에 상당한 지장을 주는 행동을 유발할 수 있거나 유발했습니다.

(3) 장기 또는 무기한 치료, 지원, 재활 없이는 안정적인 적응 및 독립적인 기능을 유지할 수 없게 될 수 있거나 없게 되었습니다.

(피신청인의 정신 장애 심각성, 기간, 영향을 아래에 설명):

c. 피신청인은 현재 자발적 치료를 진행하고 있으나 증상이 임상적으로 안정되지 않은 상태입니다. 진행 중인 치료에서 다음 사항이 모두 해당되는 경우, 피신청인은 임상적으로 안정된 상태로 간주됩니다.

(1) 피신청인의 상태가 안정적이며, 악화되고 있지 않습니다.

(2) 피신청인이 현재 약물 치료나 기타 치료적 개입을 통해 치료에 참여하고 증상을 관리하고 있습니다.

(피신청인의 현재 상태와 진행 중인 치료를 아래에 설명):

d. 다음 중 하나 이상이 사실입니다(*(1)* 또는 *(2)* 또는 둘 다 작성):

(1) ☐ 피신청인은 감독 없이는 지역사회에서 안전하게 생존할 가능성이 낮고 또한 피신청인의 상태가 상당히 악화되고 있습니다. (피신청인이 지역사회에서 안전하게 생존할 가능성이 낮은 이유, 피신청인이 안전하게 생존하기 위해 필요한 감독 유형, 피신청인의 신체적 또는 정신적 상태가 최근 악화된 정도에 대해 설명):

(이름)에 대한 CARE 법 절차 진행: 정보 제공 전용 피신청인	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

7. d. (2) ☐ 피신청인은 피신청인이나 다른 사람에게 중대한 장애나 심각한 피해를 초래할 가능성이 있는 재발이나 악화를 방지하기 위한 서비스 및 지원이 필요합니다. (피신청인에게 필요한 서비스와 지원, 피신청인에게 심각한 장애가 초래되거나 자신이나 타인에게 해를 입힐 위험이 있는 이유에 대해 설명):

e. CARE 보험 또는 CARE 협약에 참여하는 것은 피신청인의 회복과 안정을 보장하기 위해 필요한 최소한의 제한적인 대안입니다. (다른 덜 제한적인 치료가 피신청인에게 효과가 없는 이유 설명):

f. 피신청인은 CARE 보험 또는 CARE 협약에 참여함으로써 혜택받을 가능성이 높습니다. 그 이유는(아래에 설명):

8. 선택 사항**:** 다른 정보(해당하는 경우, 사실인 진술에 체크하고 요청된 정보 중 알고 있는 내용 기입):

a. ☐ 피신청인은 통역사 서비스나 장애인 편의시설이 필요합니다. (알고 있는 경우, 필요한 사항 설명):

b. ☐ 피신청인은 지역 센터의 서비스를 받고 있습니다. (알고 있는 경우, 센터 이름과 센터에서 제공하는 서비스 기입):

c. ☐ 피신청인은 현재 또는 과거에 주 또는 연방 군대나 예비군의 일원이었습니다. (알고 있는 경우, 부대 이름 기입):

d. ☐ 피신청인은 연방에서 인정한 미국 원주민 부족에 등록된 구성원입니다. (알고 있는 경우, 부족 이름과 우편 주소 기입):

e. ☐ 피신청인은 캘리포니아 미국 원주민 건강 서비스 프로그램, 캘리포니아 부족 행동 건강 부서 또는 캘리포니아 부족 법원의 서비스를 받고 있습니다. (알고 있는 경우, 프로그램, 부서 또는 법원의 이름 및 우편 주소 기입):

기밀 문서

(이름)에 대한 CARE 법 절차 진행: 정보 제공 전용 피신청인	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

8. f. ☐ 피신청인은 소년법원의 보호사건, 비행사건 또는 전환 관할권 내에 있습니다. (알고 있는 경우, 다음 정보 기입):
   (1) 법원:
   (2) 사건 번호:
   (3) 소년법원 소송 절차에서 피신청인의 변호인(이름):
   (우편 주소):
   (전화번호): (이메일 주소):

   g. ☐ 피신청인에게 법원이 지정한 후견인이 있습니다. (알고 있는 경우, 다음 정보 기입):
   (1) 법원:
   (2) 사건 번호:
   (3) 후견인 소송 절차에서 피신청인의 변호인(이름):
   (우편 주소):
   (전화번호): (이메일 주소):

9. 법원 회부(해당하는 경우에만 이 항목 작성. 요청된 일부 정보를 모르는 경우 해당 부분을 비워두십시오.):
   ☐ 이 청원은 피신청인이 다른 법원 절차로부터 회부된 것에 대한 대응입니다.
   a. 법원, 부서 및 사법관:
   b. 사건 번호:
   c. 피신청인을 회부한 소송의 유형*(한 항목에 체크)*:
   (1) ☐ 경범죄 기소에 따른 정신 능력 절차(형법, §§ 1370, 1370.01)
   (2) ☐ 외래 환자 치료 지원(복지 및 기관법, §§ 5346-5348)
   (3) ☐ 랜터만-페트리스-쇼트법 후견(복지 및 기관법, §§ 5350-5372)
   d. ☐ 회부 명령서를 첨부하고 첨부 문서 9로 표시합니다(선택 사항).
   e. 해당 소송을 회부하는 피신청인의 변호인(이름):
   (우편 주소):
   (전화번호): (이메일 주소):

10. 첨부된 페이지 수: _____

날짜:

변호인의 이름을 타자 또는 정자로 기재, 있는 경우

▶ 변호인 서명, 있는 경우

본인은 위에 기술된 정보가 사실이고 정확하다는 것을 진술하며, 그렇지 않은 경우에는 캘리포니아 주법에 따라 위증죄로 처벌을 받을 것입니다.

날짜:

신청인의 이름을 타자 또는 정자로 기재

▶ 정보 제공 전용

신청인의 서명

보호 및 개인 정보 보호를 위해 양식을 인쇄한 후, 지우기 버튼을 누르십시오.

인쇄 저장 지우기