기밀 문서

CARE-101 K

변호사 또는 변호사가 없는 당사자	주 변호사 면허 번호:	법원용
이름: 법무법인 이름: 주소: 시: 주: 우편번호: 전화번호: 팩스번호: 이메일 주소: 변호 의뢰인(이름):		정보 제공 전용 법원에 제출하지 마십시오
캘리포니아주 상급 법원, 소재 카운티 주소: 우편 주소: 시 및 우편 번호: 지원 이름:		
CARE 법 절차 진행 대상자(이름): 정보 제공 전용 피신청인		
정신 건강 신고서—**CARE** 법 절차		사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

라이선스를 취득한 행동 건강 전문가 귀하
이 양식은 법원에서 피신청인이 CARE 법 절차에 대한 진단 기준을 충족하는지 판단하는 데 도움을 주는 자료로 활용됩니다.

일반 정보

1. 선언인 이름:

2. 사무실 주소, 전화번호 및 이메일 주소:

3. 라이선스 상태(*a* 또는 *b* 작성):

   a. ☐ 본인은 라이선스를 취득한 행동 건강 전문가이며 이 양식에서 설명하는 검사는 본인의 라이선스 범위 내에 있습니다. 본인은 다음과 같은 유효한 캘리포니아주 라이선스를 보유하고 있습니다(한 가지 항목 선택).
      (1) ☐ 내과 의사.
      (2) ☐ 심리학자.
      (3) ☐ 임상 사회복지사.
      (4) ☐ 결혼 및 가족 치료사.
      (5) ☐ 전문 임상 상담가.
      (6) ☐ 임상 간호사.
      (7) ☐ 보조 의사.

   b. ☐ 본인은 복지 및 기관법 5751.2절에 따라 보건의료서비스국(DHCS)에서 면허를 면제받았으며 그 이유는 다음과 같습니다(설명).

   c. 면허 번호(해당하는 경우):

4. 피신청인 (이름):
   ☐ 맞습니다. ☐ 아닙니다 은(는) 본인의 지속적인 돌봄 및 치료를 받은 환자가.

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

피신청인을 대상으로 이루어진 검사 또는 검사 시도

5. 다음 중 한 가지 항목을 작성하십시오(*a*와 *b* 모두 *CARE* 법 청원 제출일 기준 *60*일 이내여야 함).
   a. ☐ 본인은 (날짜)에 피신청인을 검사했습니다 (*7*번 항목으로 이동).
   b. ☐ 본인은 에 걸쳐 피신청인을 검사하려 시도했으나 피신청인의 협조가 부족해 검사가 원활히 진행되지 않았습니다.

6. (*5b* 항목을 선택한 경우에만 답변) 피신청인을 검사하기 위해 언제, 몇 번, 어떤 유형의 시도를 했는지 상세히 설명해 주십시오. 해당 시도에 대한 피신청인의 반응과 각 시도의 결과도 설명해 주십시오.

7. 다음 정보에 기반해 본인은 피신청인이 CARE 법 절차의 진단 기준을 충족한다고 판단합니다(피신청인이 *CARE* 법 절차 대상자가 되기 위해서는 다음의 각 요건을 모두 반드시 충족해야 함).
   a. 피신청인은 현 정신 장애의 진단과 통계 설명서에 정의된 바와 같이 현재 중독과 관련한 정신병적 증상을 제외한 다음 정신분열증 스펙트럼 장애 또는 동일한 등급의 다른 정신 장애 또는 제1형 양극성 장애 진단을 받았습니다(구체적인 장애 기재).

      참고**:** 복지 및 기관법 5972절에 따라 요건에 부합하는 정신 장애는 외상성 뇌손상, 자폐증, 치매 또는 신경 질환 등의 질병으로 인한 것이 아니고 일차적으로 정신병의 특성을 가지고 있야 합니다. 정신 장애를 포함한 다른 법적 기준을 충족하지 않고 다른 현재 물질 사용 장애를 진단받은 사람은 대상에서 제외됩니다.

   b. 피신청인은 다음과 같은 심각한 정신 장애를 겪고 있습니다(다음 항목을 모두 작성해야 함).
      (1) 정도가 심하고 기간이 지속됩니다(상세히 설명).

7. b. (2) 일상생활의 기본적인 활동에 상당한 지장을 주는 행동을 유발할 수 있습니다(상세히 설명).

(3) 장기 또는 무기한 치료, 지원, 재활 없이는 안정적인 적응 및 독립적인 기능을 유지하지 못하게 될 수도 있습니다(상세히 설명).

c. 피신청인은 현재 진행 중인 자발적 치료에서 임상적으로 안정된 상태가 아닙니다. 피신청인은 다음 두 항목이 모두 참일 경우 진행 중인 치료에서 임상적으로 안정적인 상태라고 할 수 있습니다.
(1) 피신청인의 상태는 안정적이며 악화되고 있지 않습니다.
(2) 피신청인은 현재 치료를 받고 있으며 약물 또는 기타 치료적인 개입을 통해 증상을 관리하고 있습니다
(상세히 설명).

d. 다음 중 적어도 한 가지 항목이 참입니다(두 항목 모두 작성).

(1) ☐ 피신청인은 감독 없이는 지역사회에서 안전하게 생존할 가능성이 낮고 또한 피신청인의 상태는 상당히 악화되고 있습니다(상세히 설명).

(2) ☐ 피신청인은 피신청인이나 다른 사람에게 중대한 장애나 심각한 피해를 초래할 가능성이 있는 재발이나 악화를 방지하기 위한 서비스 및 지원이 필요합니다(상세히 설명).

기밀 문서

CARE-101 K

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

7. e. CARE 보험 또는 CARE 협약에 참여하는 것은 피신청인의 회복과 안정을 보장하기 위해 필요한 최소한의 제한적인 대안입니다 (상세히 설명).

f. 피신청인은 CARE 플랜 또는 CARE 협약에 참여함으로써 혜택을 받을 가능성이 높으며 그 이유는 다음과 같습니다(상세히 설명).

8. ☐ 피신청인에 대 검사와 관련한 추가 정보는 ☐ 다음과 같습니다. ☐ 첨부 8에 있습니다.

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

날짜:

선언인의 이름을 타이핑 또는 정자체로 기재

▶ 정보 제공 전용

(선언인 서명)

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

인쇄 저장 지우기