BẢO MẬT

CARE-100 V

LUẬT SƯ HAY NGUYÊN ĐƠN KHÔNG CÓ LUẬT SƯ	SỐ LUẬT SƯ ĐOÀN TIỂU BANG:	*DÀNH RIÊNG CHO TÒA*
TÊN: TÊN HÃNG: ĐỊA CHỈ: THÀNH PHỐ: TIỂU BANG: SỐ ZIP: SỐ ĐIỆN THOẠI: SỐ FAX: ĐỊA CHỈ E-MAIL: LUẬT SƯ CỦA *(tên)*:		***Chỉ nhằm mục đích thông tin*** ***Không nộp lên tòa***
TÒA THƯỢNG THẨM CALIFORNIA, QUẬN ĐỊA CHỈ: ĐỊA CHỈ GỬI THƯ: THÀNH PHỐ VÀ SỐ ZIP: TÊN CHI NHÁNH:		
THỦ TỤC TỐ TỤNG THEO ĐẠO LUẬT CARE CHO (tên): BỊ ĐƠN:		
ĐƠN XIN BẮT ĐẦU THỦ TỤC TỐ TỤNG THEO ĐẠO LUẬT CARE		SỐ VỤ: ***Không nộp lên tòa***

Để biết thông tin về cách hoàn tất mẫu đơn này, xin xem *Thông Tin cho Nguyên Đơn-Về Đạo Luật CARE* (mẫu đơn CARE-050-INFO), xin truy cập trang Đạo Luật CARE thuộc trang mạng tự trợ giúp tại https://selfhelp.courts.ca.gov/care-act, hay liên lạc trung tâm tự trợ giúp của tòa án địa phương. Để tìm địa điểm và giờ làm việc của trung tâm tự trợ giúp, xin nhấp vào https://selfhelp.courts.ca.gov/self-help/find-self-help.

1. **Tôi *(ghi tên của quý vị tại đây)***:
   yêu cầu tòa án xác minh rằng *(tên của người mà quý vị muốn dịch vụ được cung cấp cho, được gọi là bị đơn)*:

   hội đủ điều kiện tham gia quy trình theo Đạo Luật CARE. Bị đơn sinh ngày *(ngày sinh, nếu quý vị biết)*: hoặc
   Tôi không biết ngày sinh của bị đơn, nhưng bị đơn khoảng *(độ tuổi gần đúng, tính theo năm)*: tuổi.

2. Tôi từ 18 tuổi trở lên và *(đánh dấu mọi hạng mục áp dụng cho quý vị)*:
   a. ☐ Người sống với bị đơn.
   b. ☐ Vợ/chồng hay bạn đời sống chung có đăng ký, cha/mẹ, anh/chị/em ruột, con, hay ông/bà của bị đơn.
   c. ☐ Một người được ủy quyền hành động thay mặt cho cha/mẹ của bị đơn.
   d. ☐ Giám đốc của cơ quan sức khỏe hành vi quận của quận này.*
   e. ☐ Chuyên gia sức khỏe hành vi được cấp phép hiện đang hoặc đã điều trị hoặc giám sát việc điều trị cho bị đơn trong vòng 30 ngày qua.*
   f. ☐ Giám đốc của bệnh viện nơi bị đơn đang nằm viện.*
   g. ☐ Giám đốc của tổ chức, cơ quan hay cơ sở công cộng hay từ thiện
      (1) ☐ người hiện đang hay đã cung cấp các dịch vụ sức khỏe hành vi cho bị đơn trong 30 ngày qua* hoặc
      (2) ☐ thuộc cơ sở nơi bị đơn cư trú.*
   h. ☐ Bị đơn.
   i. ☐ Nhân viên ứng cứu - bao gồm nhân viên trật tự trị an, lính cứu hỏa, nhân viên y tế, kỹ thuật viên y tế cấp cứu, nhân viên ứng phó khủng hoảng lưu động hoặc nhân viên tiếp cận người vô gia cư - mà đã có nhiều lần tương tác với bị đơn.
   j. ☐ Người giám hộ công hoặc người bảo trợ công của quận này.*
   k. ☐ Người bảo hộ hoặc người bảo trợ được đề xuất được giới thiệu từ một thủ tục tố tụng theo Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế, mục 5350.
   l. ☐ Giám đốc dịch vụ bảo vệ người trưởng thành của quận này.*
   m. ☐ Giám đốc chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe Người Da Đỏ California hoặc ban sức khỏe hành vi bộ lạc mà đã cung cấp hoặc đang cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi cho bị đơn trong vòng 30 ngày qua.*
   n. ☐ Thẩm phán của tòa án bộ lạc California mà bị đơn đã ra hầu tòa trong vòng 30 ngày qua.*

   ** Nếu quý vị thuộc nhóm trên có dấu * theo sau, quý vị có thể chỉ định một người nào đó nộp đơn thay cho quý vị. Nếu quý vị đã được chỉ định nộp đơn bởi một người trong mục có dấu * theo sau, hãy đánh dấu vào mục đó và ghi tên **của quý vị** ở trên.*

3. Tôi đã tương tác với bị đơn như sau *(mô tả thời điểm (cho biết ngày) quý vị tương tác lần cuối với họ và điều gì đã xảy ra khi quý vị tương tác với bị đơn)*:

☐ Nếu quý vị cần thêm khoảng trống cho câu trả lời của mình, vui lòng sử dụng một tờ giấy rời và ghi là "Attachment 3" (Phụ Đính 3).

THỦ TỤC TỐ TỤNG THEO ĐẠO LUẬT CARE CHO *(tên)*: ***Chỉ nhằm mục đích thông tin*** BỊ ĐƠN:	SỐ VỤ: ***Không nộp lên tòa***

4. a. Bị đơn sống hoặc được tìm thấy lần cuối tại *(cho biết địa chỉ của bị đơn nếu họ có và quý vị biết, bao gồm cả hộp thư bưu điện nơi họ nhận thư; nếu không, hãy mô tả nơi bị đơn sống, những địa điểm cuối cùng nơi họ ở, hoặc những địa điểm họ thường xuyên được tìm thấy)*:

b. Thông tin liên lạc khác của bị đơn là
(số điện thoại, nếu có): Bị đơn ☐ có ☐ không có trả lời tin nhắn.
(địa chỉ email, nếu có):

c. Tôi tin rằng cách tốt nhất để liên lạc bị đơn là *(đánh dấu mọi lựa chọn phù hợp)*:
(1) ☐ bằng cách đến gặp họ trực tiếp
(2) ☐ bằng cách gọi điện thoại cho họ
(3) ☐ bằng cách nhắn tin cho họ
(4) ☐ bằng cách gửi email cho họ
(5) ☐ bằng cách gửi thư cho họ qua đường bưu điện
(6) ☐ khác *(mô tả)*:

d. ☐ Bị đơn cần được hỗ trợ trong việc ☐ đọc ☐ nghe hoặc hiểu ☐ nói tiếng Anh.
Ngôn ngữ bị đơn muốn dùng là *(ghi rõ một hoặc nhiều ngôn ngữ)*:

5. Bị đơn *(đánh dấu vào a hoặc b; nếu đánh dấu vào b, quý vị cũng phải đánh dấu vào (1) hoặc (2))*:
a. ☐ Là cư dân của quận nơi đơn này được nộp.
b. ☐ Không phải là cư dân của quận nơi đơn này được nộp.
Quận nơi bị đơn cư trú là *(nếu quý vị biết)*:
(1) ☐ Bị đơn hiện ở tại quận nơi đơn này được nộp.
(2) ☐ Bị đơn là bị cáo hay bị đơn trong một thủ tục tố tụng hình sự hay dân sự đang chờ xử tại tòa thượng thẩm của quận nơi đơn này được nộp.

6. Bằng chứng hỗ trợ cho đơn này bao gồm *(quý vị phải đánh dấu và cung cấp ít nhất một trong những tài liệu sau đây)*:
a. ☐ Bản tuyên bố của chuyên gia sức khỏe hành vi được cấp phép (mẫu đơn CARE-101), được đính kèm và có tên là Phụ Đính 6a.
b. ☐ Một bản trình bày hoặc tài liệu cho thấy rằng bị đơn đã phải nhập viện hai lần trở lên để điều trị bắt buộc và lần nằm viện bắt buộc gần đây nhất đã kết thúc cách đây chưa đầy 60 ngày.

Lưu ý: Như được sử dụng trong mẫu đơn này, "điều trị bắt buộc" chỉ đề cập đến việc giữ người trong 14 ngày được cho phép theo Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế, mục 5250. Nó ***không*** đề cập đến việc điều trị được cho phép bởi bất kỳ luật lệ nào khác, bao gồm nhưng không giới hạn đối với Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế, các mục 5150, 5260, 5270.15, và 5270.70.

(Nếu quý vị đã đánh dấu 6b ở trên, vui lòng đánh dấu (1) và cung cấp thông tin bên dưới, hoặc chọn (2) và đính kèm tài liệu hoặc thực hiện cả hai.)
(1) ☐ Cá nhân tôi biết rằng bị đơn đã phải nhập viện để điều trị bắt buộc. *(Mô tả những gì đã xảy ra mỗi lần và giải thích cách quý vị biết về những điều đó.)*

(2) ☐ Tôi đã đính kèm các tài liệu cho thấy rằng bị đơn đã nhập viện hai lần trở lên để điều trị bắt buộc và có ghi tên cho các tài liệu đó là Phụ Đính 6b1, 6b2, 6b3, v.v. *(Ví dụ: bao gồm bản khai có chữ ký của chính quý vị (chỉ khi quý vị biết rõ về việc điều trị bắt buộc của bị đơn), bản sao giấy chứng nhận điều trị tích cực, tuyên bố có chữ ký của những người chứng kiến việc điều trị bắt buộc của bị đơn hoặc các hồ sơ khác.)*

THỦ TỤC TỐ TỤNG THEO ĐẠO LUẬT CARE CHO *(tên)*: ***Chỉ nhằm mục đích thông tin*** BỊ ĐƠN:	SỐ VỤ: ***Không nộp lên tòa***

7. Theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi, bị đơn đáp ứng từng yêu cầu bên dưới:

☐ *Đánh dấu vào đây nếu tất cả các thông tin được yêu cầu ở các khoản 7a đến 7f được đưa vào mẫu đơn CARE-101. Nếu những thông tin đó được đưa vào, quý vị có thể bỏ qua phần còn lại của câu hỏi này, nếu quý vị chọn điều đó. Nếu không, xingiải thích bên dưới.*

Lưu ý: Một số chi tiết mà quý vị ghi vào các khoản 7a đến 7f có thể trùng lặp. Nếu quý vị nhận thấy mình đang lặp lại thông tin, quý vị có thể nói rằng quý vị đã cung cấp thông tin đó rồi và đề cập đến phần mà quý vị đã nói trước đó.

a. Bị đơn được chẩn đoán mắc chứng rối loạn phổ tâm thần phân liệt hoặc một chứng rối loạn loạn thần khác trong cùng nhóm, hoặc rối loạn lưỡng cực loại I kèm các triệu chứng loạn thần, ngoại trừ loạn thần liên quan đến tình trạng say/ngộ độc hiện tại, theo định nghĩa trong *Cẩm Nang Chẩn Đoán và Thống Kê Các Chứng Rối Loạn Tâm Thần* hiện hành. *(Giải thích bên dưới)*:

b. Bị đơn hiện đang mắc phải một chứng rối loạn tâm thần nghiêm trọng, theo định nghĩa trong Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế, mục 5600.3(b)(2), vì chứng rối loạn này:

(1) Ở mức độ nghiêm trọng và kéo dài dai dẳng;

(2) Có thể gây ra hoặc đã gây ra hành vi gây trở ngại đáng kể đến các hoạt động chính trong cuộc sống hàng ngày của bị đơn; ***và***

(3) Có thể dẫn đến hoặc đã dẫn đến tình trạng bị đơn không có khả năng duy trì sự điều chỉnh ổn định và hoạt động độc lập nếu không được điều trị, hỗ trợ và phục hồi chức năng trong thời gian dài hoặc không xác định.

(Mô tả bên dưới mức độ nghiêm trọng, thời gian và tác động của chứng rối loạn tâm thần của bị đơn):

c. Bị đơn hiện không được ổn định về mặt lâm sàng trong việc điều trị tự nguyện đang diễn ra. Bị đơn được xem là ổn định về mặt lâm sàng trong khi việc điều trị đang diễn ra nếu cả hai điều sau đây đều đúng:

(1) Tình trạng của bị đơn ổn định và không xấu đi; và

(2) Bị đơn hiện đang tham gia điều trị và kiểm soát các triệu chứng bằng thuốc hoặc các biện pháp can thiệp trị liệu khác.

(Mô tả bên dưới tình trạng hiện nay của bị đơn và bất kỳ việc điều trị nào đang diễn ra):

d. Ít nhất một trong những câu trình bày sau đúng sự thật *(hoàn tất (1) hoặc (2) hay cả hai)*:

(1) ☐ Bị đơn khó có thể sống an toàn tại cộng đồng nếu không có sự giám sát ***và*** tình trạng của bị đơn đang suy yếu nhiều. *(Giải thích lý do tại sao bị đơn khó có thể sống an toàn tại cộng đồng, mô tả loại giám sát mà bị đơn cần để sống an toàn và mô tả tình trạng thể chất hoặc tinh thần của bị đơn gần đây đã trở nên tồi tệ hơn như thế nào)*:

7. d. (2) ☐ Bị đơn cần các dịch vụ và hỗ trợ để ngăn ngừa tình trạng tái phát hoặc suy yếu mà có thể dẫn đến khuyết tật trầm trọng hoặc tổn hại nghiêm trọng cho bị đơn hoặc người khác. *(Mô tả các dịch vụ và hỗ trợ mà bị đơn cần và giải thích lý do tại sao bị đơn sẽ bị khuyết tật nghiêm trọng hoặc có nguy cơ gây hại cho bản thân hoặc người khác nếu không có những dịch vụ và hỗ trợ đó)*:

e. Việc tham gia vào kế hoạch CARE hoặc thỏa thuận CARE sẽ là giải pháp thay thế ít hạn chế nhất, cần thiết để đảm bảo sự phục hồi và ổn định của bị đơn. *(Giải thích tại sao không có kế hoạch điều trị nào ít hạn chế hơn và cũng hiệu quả như vậy cho bị đơn)*:

f. Bị đơn có thể hưởng lợi từ việc tham gia vào kế hoạch CARE hay thỏa thuận CARE bởi vì *(giải thích bên dưới)*:

8. **TÙY CHỌN: Thông tin khác** *(nếu áp dụng, hãy đánh dấu vào bất kỳ câu trình bày đúng sự thật nào sau đây, và cung cấp thông tin được yêu cầu nếu quý vị biết)*:

a. ☐ Bị đơn cần dịch vụ thông dịch hay những phương tiện hỗ trợ cho một tình trạng khuyết tật. *(Nếu quý vị biết, hãy mô tả những gì họ cần)*:

b. ☐ Bị đơn được một trung tâm khu vực phục vụ. *(Nếu quý vị biết, hãy cho biết tên của trung tâm đó và dịch vụ mà họ cung cấp cho bị đơn)*:

c. ☐ Bị đơn hiện hoặc đã từng là thành viên của lực lượng vũ trang hay quân dự bị tiểu bang hoặc liên bang. *(Nếu quý vị biết, hãy cho biết tên chi nhánh)*:

d. ☐ Bị đơn là thành viên đã ghi danh của một bộ lạc Người Da Đỏ được liên bang công nhận. *(Nếu quý vị biết, hãy cho biết tên bộ lạc và địa chỉ gửi thư)*:

e. ☐ Bị đơn đang nhận dịch vụ từ chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe Người Da Đỏ California, một ban sức khỏe hành vi bộ lạc California hoặc một tòa án bộ lạc California. *(Nếu quý vị biết, hãy cho biết tên và địa chỉ gửi thư của chương trình, ban hoặc tòa án đó)*:

BẢO MẬT

THỦ TỤC TỐ TỤNG THEO ĐẠO LUẬT CARE CHO *(tên)*: ***Chỉ nhằm mục đích thông tin*** BỊ ĐƠN:	SỐ VỤ: ***Không nộp lên tòa***

8. f. ☐ Bị đơn thuộc khu vực thẩm quyền về tình trạng phụ thuộc, phạm pháp hoặc chuyển tiếp của tòa án vị thành niên. *(Nếu quý vị biết, hãy cho biết những thông tin sau)*:
   (1) Tòa án:
   (2) Số vụ:
   (3) Luật sư của bị đơn tại thủ tục tố tụng tại tòa án vị thành niên *(tên)*:
   (địa chỉ gửi thư):
   (số điện thoại): *(địa chỉ email):*

   g. ☐ Bị đơn có người bảo trợ do tòa án chỉ định. *(Nếu quý vị biết, hãy cho biết những thông tin sau)*:
   (1) Tòa án:
   (2) Số vụ:
   (3) Luật sư của bị đơn trong thủ tục tố tụng về quyền bảo trợ *(tên)*:
   (địa chỉ gửi thư):
   (số điện thoại): *(địa chỉ email):*

9. **Tòa giới thiệu** *(chỉ hoàn tất khoản này nếu áp dụng; nếu quý vị không biết một số trong những thông tin được yêu cầu, hãy để trống phần đó)*:

   ☐ Đơn này được nộp để hồi đáp sự giới thiệu bị đơn từ một thủ tục tòa án khác.
   a. Tòa, ban và viên chức tư pháp:
   b. Số vụ:
   c. Loại thủ tục tố tụng mà từ đó bị đơn đã được giới thiệu *(đánh dấu một)*:
   (1) ☐ Thủ tục xác định năng lực trí tuệ phát sinh từ một vụ truy tố hình sự (Bộ Luật Hình Sự, §§ 1370, 1370.01)
   (2) ☐ Điều trị ngoại trú có hỗ trợ (Bộ Luật Phúc Lợi & Định Chế, §§ 5346-5348)
   (3) ☐ Quyền bảo trợ theo Đạo Luật Lanterman-Petris-Short (Bộ Luật Phúc Lợi & Định Chế, §§ 5350-5372)
   d. ☐ Lệnh giới thiệu được đính kèm và có tên là Phụ Đính 9 *(tùy chọn)*.
   e. Luật sư của bị đơn trong thủ tục giới thiệu *(tên)*:
   (địa chỉ gửi thư):
   (số điện thoại): *(địa chỉ email):*

10. Số trang đính kèm: _____

Ngày:

▶ _____
Đánh Máy Hay Viết In Hoa Tên Của Luật Sư, Nếu Có

▶ _____
Chữ Ký Của Luật Sư, Nếu Có

Tôi tuyên bố theo hình phạt khai man theo luật của Tiểu Bang California rằng thông tin trên đây là đúng sự thật và chính xác.

Ngày:

▶ _____
Đánh Máy Hoặc Viết In Hoa Tên Của Nguyên Đơn

▶ ***Chỉ nhằm mục đích thông tin***
Chữ Ký Của Nguyên Đơn

Để được bảo vệ và giữ quyền riêng tư, vui lòng nhấn nút Xóa sau khi quý vị đã in mẫu đơn này.

In Lưu Xoá