机密资料

CARE-101 C

律师或无律师当事人 州律师公会编号： 姓名： 律所名称： 街道地址： 市： 州： 邮编： 电话号码： 传真号码： 电子邮箱地址： 律师委托人（*姓名*）：	***仅供法院使用*** 仅供参考 不得向法院提交
加利福尼亚州县高等法院 街道地址： 邮寄地址： 市和邮政编码： 分院名称：	
《CARE 法案》诉讼程序委托人（*姓名*）： 被诉人	
心理健康声明——《CARE 法案》诉讼程序	案件编号： 不得向法院提交

致：持照行为健康专业人员
该表格将用于帮助法院确定被诉人是否符合《CARE 法案》诉讼程序的诊断标准。

一般信息

1. 声明人姓名：

2. 办公地址、电话号码和电子邮箱地址：

3. **执照状态**（*填写 a 或 b*）：

   a. ☐ 本人是一名持照行为健康专业人员，在执照范围内进行本表所述之检查。本人拥有有效的加州执照（*勾选其一*）：

      (1) ☐ 医生。
      (2) ☐ 心理医生。
      (3) ☐ 临床社会工作者。
      (4) ☐ 婚姻和家庭治疗师。
      (5) ☐ 专业临床咨询师。

   b. ☐ 根据《福利与机构法》第 5751.2 条，本人已获得国家卫生保健服务部的执照豁免，原因如下（*勾选其一*）：

      (1) ☐ 我受雇为 ☐ 心理医生 ☐ 临床社会工作者 自 1979 年 1 月 1 日以来，本人始终在同一级别、或机构工作。

      (2) ☐ 本人在国家卫生保健服务部执照委员会注册，目的是积累经验以获得执照，并受雇或根据合同以下列身份提供心理健康服务（*勾选其一*）：

         (a) ☐ 临床社会工作者。
         (b) ☐ 婚姻和家庭治疗师。
         (c) ☐ 专业临床咨询师。

      (3) ☐ 本人正在积累经验，以其取得执照，受聘或根据合同提供心理健康服务。

《CARE 法案》诉讼程序委托人（*姓名*）： 被诉人	案件编号： 不得向法院提交

3. b. (4) ☐ 本人从外州招聘而来，个人经验足以获准参加加州执照考试。本人受雇或根据合同以下列身份提供心理健康服务（*勾选其一*）：
   (a) ☐ 心理医生。
   (b) ☐ 临床社会工作者。
   (c) ☐ 婚姻和家庭治疗师。
   (d) ☐ 专业临床咨询师。
4. 被诉人（*姓名*）：
   ☐ 是 ☐ 不是 本人持续护理和治疗的患者。

检查或在检查被诉人方面做出的尝试

5. 填写以下任一项：（*a 和 b 项都必须发生在提交《CARE 法案》申请书的 60 天内*）
   a. ☐ 本人检查被诉人的（*日期*）： （*前往第 7 项*）。
   b. ☐ 在以下日期： 本人试图检查被诉人，但因被诉人不配合检查而以失败告终。

6. （*只有在勾选了第 5b 项时才作答。*）详细解释为检查被诉人而进行尝试的时间、尝试的次数以及尝试的类型。还要解释被诉人对这些尝试的反应以及每次尝试的结果。

7. 根据以下信息，我有理由相信被诉人符合《CARE 法案》诉讼程序的诊断标准（*被诉人**必须**满足以下各项要求才有资格参加《CARE 法案》诉讼程序*）：
   a. 被诉人经诊断患有精神分裂症谱系障碍或同一级别的其他精神病性障碍（*注明具体的障碍*）：

注：根据《福利与机构法》第 5972 条，符合资格的精神病性障碍必须主要是精神疾病，并非由创伤性脑损伤、自闭症、痴呆症或神经系统疾病等引起。目前经诊断患有物质使用障碍但不符合其他法定标准（包括精神分裂症谱系或其他精神病性障碍诊断）的人不符合资格。

   b. 被诉人患有严重精神障碍（*必须填写以下**所有**内容*）：
      (1) 十分严重，且持续存在（*详细解释*）：

《CARE 法案》诉讼程序委托人（*姓名*）： 被诉人	案件编号： 不得向法院提交

7. b. (2) 可能导致出现严重干扰日常生活主要活动的行为（*详细解释*）：

(3) 若不接受治疗、支持和康复服务，则可能导致长期或无限期无法稳定调节情绪和独立生活（*详细解释*）：

c. 被诉人在持续进行的自愿治疗中未达到临床稳定状态（*详细解释*）：

d. 以下至少一项说法正确（*请填写其中一项或两项*）：

(1) ☐ 若无监督，则被诉人不太可能在社区中安全生存，**且**被诉人的病情持续恶化（*详细解释*）：

(2) ☐ 被诉人需要服务和支持，以防止可能导致被诉人或其他人严重残疾或严重伤害的病情复发或恶化（*详细解释*）：

《CARE 法案》诉讼程序委托人（*姓名*）： 被诉人	案件编号： 不得向法院提交

7. e. 参与 CARE 计划或 CARE 协议将是确保被诉人恢复和稳定所需的限制最小的替代方案（*详细解释*）：

f. 被诉人有可能从参与 CARE 计划或 CARE 协议中获益（*详细解释*）：

8. ☐ 关于本人检查被诉人的其他信息 ☐ 请见下文 ☐ 附件 8。

根据加利福尼亚州法律，本人声明以上信息真实、正确，违者受伪证处罚。

日期：

（键入或正楷书写声明人的姓名）

不得向法院提交

（声明人签名）

仅提供英语版本的可填写线上表格。
为了您的安全和隐私，请在列印表格后按下“清除此表格”键。

打印此表格 **储存此表格**

仅提供英语版本的可填写线上表格。
清除此表格