保密信息

CARE-100 C

律师或没有律师的申请人 州律协编号：	仅供法院使用 仅供参考 不得向法院提交
姓名： 律所名称： 街道地址： 市： 州： 邮区代码： 电话号码： 传真号码： 电子邮箱地址： 律师委托人（姓名）：	
加利福尼亚高等法院 ____ 县 街道地址： 邮寄地址： 市和邮区代码： 分院名称：	
对于以下人士的《CARE法案》程序（姓名）： 答辩人	
启动《CARE法案》程序申请书	案件编号： **不得向法院提交**

如需关于完成本表格的信息，请参阅致申请人的信息—关于《*CARE* 法案》（CARE-050-INFO 表格）、造访自助网站上《CARE 法案》网页，网址为 https://selfhelp.courts.ca.gov/care-act，或联系您当地法院自助中心。如需查找自助中心的地点和服务时间，请点击 https://selfhelp.courts.ca.gov/self-help/find-self-help。

1. **本人（请在此处填入您的姓名）：**
   请求法院判定（您希望接受服务的人士姓名，此人称为答辩人）：
   有资格参加《CARE 法案》程序。答辩人生于（出生日期，如果您知道）： 或
   本人不知道答辩人的出生日期，但答辩人是（大约年龄，以年计算）： 岁。

2. 本人已年满 18 岁且为（请勾选所有适用于您的类别）：
   - a. ☐ 与答辩人同住的人士。
   - b. ☐ 答辩人的配偶或已登记同居伴侣、父母、兄弟姐妹、子女或祖父母。
   - c. ☐ 获授权代替答辩人父母行事的人士。
   - d. ☐ 本县的县行为健康机构负责人。*
   - e. ☐ 过去 30 天内治疗或监督答辩人治疗的持照行为健康专业人员。*
   - f. ☐ 答辩人住院的医院负责人。*
   - g. ☐ 公共或慈善组织、机构或疗养院的负责人
     - (1) ☐ 过去 30 天内向或曾向答辩人提供行为健康服务的人士；*或
     - (2) ☐ 答辩人居住机构的人员。*
   - h. ☐ 答辨人。
   - i. ☐ 与答辩人曾有反复互动的第一线应急人员—包括治安官、消防员、急救员、紧急医疗技术人员、流动危机应急人员或无家可归外展工作者。
   - j. ☐ 本县的公共监护人或公共保护人。*
   - k. ☐ 根据《福利与机构法》第 5350 条提出之程序所转介的保护人或拟议保护人。
   - *l.* ☐ 本县的成人保护服务的负责人。*
   - m. ☐ 过去 30 天内曾向或现在正向答辩人提供行为健康服务的加州印第安健康服务计划或部落行为健康部门的负责人。*
   - n. ☐ 过去 30 天内答辩人曾出席之法庭的加州部落法官。*

   *如果您属于上述说明中带有 * 的人员类型，您可指定某个人代替您提交申请。如果您曾被上述说明中带有 * 的人员类型的人士指定以提交申请，请勾选该类型并在上方填入**您的**姓名。

3. 本人与答辩人互动过，情况如下（请描述您见到他们的最后时间（提供日期）以及在您与答辩人互动时所发生的事情）：

☐ 如果您需要更多空间填写回答，请使用单独纸页并标记为附件 3。

Form Adopted for Alternative Mandatory Use
Instead of Form CARE-102
Judicial Council of California
CARE-100 C, Rev. July 1, 2025

Welfare and Institutions Code,
§§ 5972-5975, 5977-5977.4, 5978
courts.ca.gov

保密信息

CARE-100 C

对于以下人士的《CARE法案》程序（姓名）：	案件编号：
仅供参考 答辩人	**不得向法院提交**

4. a. 答辩人居住在或最后出现在（如果答辩人有地址且您知道，请提供其地址，包括他们接收信件的邮政信箱；否则，请描述答辩人的居住地方、他们最后停留的地点或是他们常出现的地点）：

b. 答辩人的其他联系信息为：
（电话号码，如有）： 答辩人 ☐ 会 ☐ 不会 回复短信。
（电子邮箱地址，如有）：

c. 本人认为联系答辩人的最好方式为（请勾选所有适用项）：
(1) ☐ 通过当面拜访他们
(2) ☐ 通过打电话给他们
(3) ☐ 通过发送短信给他们
(4) ☐ 通过发送电子邮件给他们
(5) ☐ 通过发送邮件给他们
(6) ☐ 其他（请描述）：

d. ☐ 答辩人需要 ☐ 阅读 ☐ 听或理解 ☐ 说 英语的协助。
答辩人的惯用语言为（请写明语言）：

5. 答辩人（请勾选 *a* 或 *b*；如果您勾选 *b*，您也必须勾选 *(1)* 或 *(2)*）：
a. ☐ 是本申请书提交所在县的居民。
b. ☐ 不是本申请书提交所在县的居民。
答辩人的居住县是（如果您知道）：
(1) ☐ 答辩人身处本申请书提交的所在县。
(2) ☐ 答辩人是本申请书提交所在县的高等法院待审的刑事或民事诉讼的被告或答辩人。

6. 佐证本申请书的证据包括（您必须勾选并提供以下至少一项）：
a. ☐ 持照行为健康专业人员的声明书（CARE-101 表格），请随附并标记为附件 6a。
b. ☐ 声明书或文件表明答辩人已因非自愿治疗而住院两次或两次以上并且最近的一次非自愿住院的出院日期在过去 60 天之内。

注：本表格中所使用的“非自愿治疗”仅是指《福利与机构法》第 5250 条所授权的 14 天扣留。并**不是**指任何其他法规所授权的治疗，包括但不限于《福利与机构法》第 5150、5260、5270.15 和 5270.70 条。

（如果您勾选上方的 *6b*，请勾选 *(1)* 并提供下方信息，或勾选 *(2)* 并附上文件，或者两者。）
(1) ☐ 我亲自知道答辩人曾因非自愿治疗而住院过。（请描述每次所发生的事情并解释您是如何知道的。）

(2) ☐ 本人已附上文件，表明答辩人曾因非自愿治疗而住院两次或两次以上，并标记该文件为附件 6b1、6b2、6b3等。（请包括，例如，您本人签署的声明书（仅在您亲自知道答辩人非自愿治疗的情况下）、强化治疗证书副本、目击答辩人非自愿治疗之人士所签署的声明书或其他记录。）

对于以下人士的《CARE法案》程序（姓名）： 仅供参考 答辩人	案件编号： 不得向法院提交

7. 据本人所知，答辩人已满足下文要求：

☐ 如果第 *7a* 至 *7f* 项中所要求的全部信息均已纳入 *CARE-101* 表格中，请勾选此处。如果是，您可跳过本问题剩余部分（如果您希望如此）。否则，请在下文解释。

注：一些您填入第 7a 至 7f 项的细节可能重复。如果您注意到您在重复自己的内容，您可以说您已经提供过该信息并提及之前在何处说过。

a. 答辩人已被诊断患有精神分裂症谱系障碍或另一种相同类别的精神病障碍，如现行《精神障碍诊断与统计手册》中所定义。（在下文说明）：

b. 答辩人目前正经历严重的精神障碍，如《福利与机构法》第 5600.3(b)(2) 条所定义，因为该障碍：

(1) 程度十分严重且时间持续；

(2) 可能导致或已导致严重妨碍答辩人日常生活主要活动的行为；**以及**

(3) 在没有长期或无限期治疗、支援和康复的情况小，可能造成或已造成答辩人无法维持稳定调节与独立机能的能力。

（请在下文描述答辩人精神障碍的严重程度、持续时长以及影响）：

c. 答辩人目前并未稳定接受持续的自愿治疗。（请在下文描述答辩人目前的状况和任何持续的治疗）：

d. 以下至少一项为真（请完整填写 *(1)* 或 *(2)*，或两者均填）：

(1) ☐ 在没有监督的情况下，答辩人不太可能在社区中安全生活，**并且**答辩人的状况正严重恶化。（请描述为什么答辩人不太可能在社区中安全生活，请描述为使答辩人安全生活所需的监督类型，以及请描述答辩人的生理或精神状况最近如何恶化）：

对于以下人士的《CARE法案》程序（姓名）： 仅供参考 答辩人	案件编号： 不得向法院提交

7. d. (2) ☐ 答辩人需要服务与支援以预防复发或恶化，如出现该情况，很可能导致对答辩人或其他人的重大残障或严重伤害。（请描述答辩人所需的服务与支援，并描述为什么在没有那些的情况下，答辩人会出现重大残障或对自己或其他人造成伤害风险）：

e. 参加CARE计划或CARE协议会是所需的最少限制的替代方式，以确保答辩人的恢复及稳定。（请描述为什么没有其他较少限制的治疗计划也会对答辩人有效果）：

f. 答辩人很可能从参加CARE计划或CARE协议中受益，因为（请在下文解释）：

8. **非必填项目：其他信息**（如适用，请勾选以下任何一项所述为真的声明并提供所要求的信息，如果您知道）：

a. ☐ 答辩人需要口译员服务或残障便利设施。（如果您知道，请描述为什么他们需要）：

b. ☐ 答辩人在接受区域中心的服务。（如果您知道，请提供中心名称和向他们提供的服务）：

c. ☐ 答辩人是或曾是州或联邦武装部队或预备役的成员。（如果您知道，请提供单位名称）：

d. ☐ 答辩人是联邦认可印第安部落的注册成员。（如果您知道，请提供部落名称和邮寄地址）：

e. ☐ 答辩人正在接受加州印第安健康服务计划、加州部落行为健康部门或加州部落法院的服务。（如果您知道，请提供计划、部门或法院的名称和邮寄地址）：

保密信息

CARE-100 C

对于以下人士的《CARE法案》程序（姓名）：	案件编号：
仅供参考 答辩人	**不得向法院提交**

8. f. ☐ 答辩人受少年法院的保护、犯罪或过渡管辖。（如果您知道，请提供以下信息）：
   (1) 法院：
   (2) 案件编号：
   (3) 答辩人在少年法院程序中的律师（姓名）：
   （邮寄地址）：
   （电话号码）：　　（电子邮箱地址）：

   g. ☐ 答辩人有法院指派的监护人。（如果您知道，请提供以下信息）：
   (1) 法院：
   (2) 案件编号：
   (3) 答辩人在监护权程序中的律师（姓名）：
   （邮寄地址）：
   （电话号码）：　　（电子邮箱地址）：

9. **法院移交**（仅在适用情况下才完成此项；如果您不知道所要求的信息，该部分请留白）：

☐ 本申请书是为回复另一起法院程序的答辩人移交而提交的申请。

a. 法院，部门，和司法官员：

b. 案件编号：

c. 移交答辩人的程序类型（请勾选一项）：
   (1) ☐ 刑事检控引发的精神行为能力程序（《刑法》第 1370 条、第 1370.01 条）
   (2) ☐ 门诊辅助治疗（《福利与机构法》第 5346 条至第 5348 条）
   (3) ☐ 《Lanterman-Petris-Short 法案》（监护权《福利与机构法》第 5350 条至第 5372 条）

d. ☐ 附上移交令并标记为附件 9（非必填栏目）。

e. 答辩人在移交程序中的律师（姓名）：
（邮寄地址）：
（电话号码）：　　（电子邮箱地址）：

10. 附件页数：_____

日期：

_____ ▶ _____

（打印或正楷书写律师姓名，如有）　　（律师签名，如有）

本人声明，根据加利福尼亚州法律，前述内容真实且正确，否则以伪证罪论处。

日期：

_____ ▶ **仅供参考**

（打印或正楷书写申请人姓名）　　（申请人签名）

為了您的安全和隱私，請在您打印表格後按下清除此表格鍵。　打印此表格　储存此表格　清除此表格