

محرمانه

CARE-111 F

فقط برای استفاده دادگاه	شماره کانون ایالتی:	وکيل يا طرف فائد وکيل
	شهر:	نام: نام شرکت: آدرس خیابان: کد پستی: فکس: آدرس ایمیل: وکيل از طرف (نام):
	ایالت: تلفن:	دادگاه عالی کالیفرنیا، شهرستان آدرس خیابان: آدرس پستی: شهر و کد پستی: نام شعبه:
دادخواسته	رویه‌های رسیدگی مربوط به قانون CARE برای (نام):	
شماره پرونده:	گواهی تحویل حضوری ابلاغیه حضور اولیه—رویه رسیدگی مربوط به قانون CARE	در دادگاه ثبت نشود

صرفاً جهت اطلاع
در دادگاه ثبت نشود

1. من حداقل 18 سال دارم و طرف این اقدام نیستم.

2. من با تحویل حضوری یک نسخه به شرح زیر، ابلاغیه حضور اولیه—رویه رسیدگی قانون CARE (فرم CARE-110) را ابلاغ کردم:

a. دادخوانده (نام):

b. آدرس (مکان را ذکر کنید):

c. در (تاریخ):

3. من همراه با ابلاغیه حضور اولیه—رویه‌های رسیدگی مربوط به قانون CARE یک نسخه از دادخواست آغاز رویه رسیدگی مربوط به قانون CARE (فرم CARE-100)، ثبت شده برای شروع همین رویه‌های رسیدگی، ابلاغیه حقوق دادخوانده—رویه رسیدگی مربوط به قانون CARE (فرم CARE-113)، و اطلاعاتی برای دادخوانده‌ها - در مورد قانون CARE (فرم - CARE-060-INFO)،

و گزارشی که تحت قانون رفاه و مؤسسات بخش (3)(a) 5977 دستور داده شده بود را شخصاً تحویل دادم.

4. نام، آدرس، شماره تلفن، و در صورت لزوم، شهرستانی که ثبت در آن انجام شده و شماره شهرستان عبارتند از (مشخص کنید):

5. من (همه مواردی که صدق می‌کند را علامت بزنید):

a. ابلاغ‌کننده رسمی در کالیفرنیا نیستم.

b. ابلاغ‌کننده رسمی در کالیفرنیا هستم.

c. کلانتر یا مارشال در کالیفرنیا هستم.

d. یک کارمند یا پیمانکار مستقل ابلاغ‌کننده رسمی در کالیفرنیا هستم.

e. معاف از ثبت‌نام هستم. (قانون کسب‌وکارها و مشاغل، § 22350(b)).

6. من تحت قانون مجازات شهادت دروغ در قوانین ایالت کالیفرنیا اعلام می‌کنم که موارد فوق حقیقت دارد و صحیح است.

7. من یک کلانتر یا مارشال در کالیفرنیا هستم و گواهی می‌دهم که موارد فوق حقیقت دارد و صحیح است.

تاریخ:

در دادگاه ثبت نشود

(امضای اظهارکننده)

(نام اظهارکننده را تایپ کرده یا با حروف درشت بنویسید)

صفحه 1 از 1

Form Approved for Optional Use
Judicial Council of California

Welfare & Institutions Code, § 5977
www.courts.ca.gov
CARE-111 F [New September 1, 2023]

گواهی تحویل حضوری
ابلاغیه حضور اولیه—رویه رسیدگی مربوط به قانون CARE

فقط برای نسخه انگلیسی که می‌توان آن را به صورت آنلاین تکمیل کرد
این فرم پاک شود

این فرم را ذخیره کنید

این فرم را چاپ کنید

فقط برای نسخه انگلیسی که می‌توان آن را به صورت آنلاین تکمیل کرد
برای حفاظت از شما و محرمانگی اطلاعاتتان، لطفاً بعد از اینکه فرم را چاپ کردید، دکمه «این فرم پاک شود» را فشار دهید