

در این برگه اطلاعات قانون CARE و نحوه پر کردن دادخواست برای آغاز رویه رسیدگی قانون CARE (فرم CARE-100) شرح داده می‌شود. یک مرکز خودیاری دادگاه نیز ممکن است بتواند به شما کمک کند. به <https://selfhelp.courts.ca.gov/self-help/find-self-help> مراجعه کنید تا مرکز خودیاری دادگاه خود را بیابید. توجه: ثبت دادخواست قانون CARE رایگان است.

## 1 قانون CARE چیست؟

CARE مخفف Community Assistance (یاری‌رسانی جامعه)، Recovery (بازیابی)، و Empowerment (توانمندسازی) است. قانون CARE به افراد خاصی با عنوان دادخواه اجازه می‌دهد تا برای درمان، خدمات، حمایت و طرح مسکن به حکم دادگاه برای افرادی با عنوان دادخواه درخواست بدهند. دادخواه باید حداقل 18 سال داشته باشد، طیف اسکیزوفرنی یا سایر اختلالات روان پریشی داشته باشد و الزامات متعدد دیگری را هم برآورده کند.

در فرآیند CARE از ارزیابی‌ها و جلسات دادگاه استفاده می‌شود تا مشخص شود که آیا دادخواه واجد شرایط خدمات است یا خیر. ممکن است مؤسسه سلامت رفتاری شهرستان، به عنوان بخشی از فرآیند، با دادخوانده تماس بگیرد. اگر دادخوانده واجد شرایط باشد، ممکن است یک توافق CARE یا طرحی برای خدمات ایجاد شود. اگر دادگاه تأیید کند، آنگاه حکم توافقتنامه یا طرح CARE را صادر می‌کند.

## 2 توافقتنامه CARE یا طرح CARE چیست؟

توافقتنامه CARE و طرح CARE اسناد مکتوبی هستند که خدماتی را برای حمایت از بازیابی و ثبات دادخوانده توصیف می‌کنند. این اسناد باید با حکم دادگاه تأیید شوند. خدمات ممکن است شامل مراقبت‌های سلامت رفتاری بالینی؛ مشاوره؛ روان‌درمانی، برنامه‌ها و درمان تخصصی؛ داروهای تثبیت‌کننده؛ طرح مسکن؛ و سایر حمایت‌ها و خدماتی شوند که به طور مستقیم یا غیرمستقیم توسط دولت محلی ارائه می‌شود. این توافقتنامه یا طرح نمی‌تواند به کسی حق استفاده از زور برای درمان را بدهد.

توافقتنامه CARE یک توافق داوطلبانه برای خدمات و درمان بین دادخوانده و مؤسسه سلامت رفتاری شهرستان پس از تشخیص دادگاه مبنی بر واجد شرایط بودن دادخوانده برای برنامه CARE است. برای اینکه توافقتنامه معتبر باشد، دادگاه باید آن را تأیید کند. دادگاه می‌تواند توافقتنامه را قبل از تأیید آن اصلاح کند.

طرح CARE مجموعه‌ای از خدمات و حمایت‌های مبتنی بر جامعه برای دادخوانده است که در صورت عدم رسیدن دادخوانده و شهرستان به یک توافق CARE، توسط دادگاه حکم می‌شود.

## 3 آیا به روش‌هایی به غیر از رویه رسیدگی قانون CARE برای کمک فکر کرده‌اید؟

ممکن است روش‌های دیگری برای کمک به فرد مبتلا به بیماری روانی جدی وجود داشته باشد. اگر فرد دارای بیمه درمانی خصوصی است، با طرح/بیمه‌گر سلامت وی تماس بگیرید. اگر نمی‌دانید که شخص بیمه درمانی خصوصی دارد یا اینکه بیمه خصوصی ندارد، با مؤسسه سلامت رفتاری شهرستان خود تماس بگیرید یا وبسایت آن را چک کنید. مؤسسات سلامت رفتاری شهرستان خدمات بسیاری ارائه می‌دهند. این خدمات شامل خدماتی مانند مشاوره، درمان و دارو می‌شود و همچنین می‌تواند شامل برنامه‌هایی مانند مشارکت خدمات کامل، خدمات سلامت روان توانبخشی، خدمات حمایتی همسالان، مدیریت پرونده متمرکز، خدمات بحران، درمان اجتماعی ویژه و مسکن حمایتی باشد. شهرستان‌ها ملزم به ارائه خدمات به آن دسته از ذینفعان Medi-Cal هستند که واجد شرایط دریافت خدمات تخصصی سلامت روان و اختلال مصرف مواد هستند. آنها همچنین مجازند خدمات خود را به افرادی که Medi-Cal دریافت نمی‌کنند، بسته به تأمین بودجه محلی و استانداردهای واجد شرایط بودن، ارائه دهند. این خدمات نیاز به حکم دادگاه ندارد.

مشارکت خدمات کامل برنامه‌ای برای فرد مبتلا به بیماری روانی جدی است که از خدمات ویژه سود می‌شود. یک مشارکت خدمات کامل، برنامه‌ای برای فرد مبتلا به یک بیماری روانی شدید است که از خدمات ویژه سود می‌برند. درمان اجتماعی ویژه نوعی مراقبت از سلامت روان است که در یک محیط اجتماعی ارائه می‌شود تا به فرد کمک کند مستقل شود و با بهبودی خود به عنوان عضوی از جامعه زندگی کند.

ببینید که آیا فرد دستور العمل مراقبت سلامت قبلی یا دستور العمل سلامت روان قبلی را تدوین کرده است. در این اسناد مکتوب نام شخص دیگری برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت سلامت فرد در زمانیکه آن شخص قادر به تصمیم‌گیری نیست، ذکر می‌شود. اگر فرد دستور العملی دارد، می‌توانید با فردی مذکور در سند تماس بگیرید و از او کمک بخواهید. به بررسی خدمات اجتماعی محلی و برنامه‌های جامعه‌محور نیز فکر کنید.

## 4 چگونه می‌توانم دادخواست برای شروع رویه رسیدگی قانون CARE (فرم CARE-100) را تکمیل کنم؟

### مورد 1: چه کسی می‌تواند دادخواه باشد؟

دادخواه کسی است که از دادگاه می‌خواهد رویه رسیدگی قانون CARE را برای شخصی که به دلیل اختلال روانی جدی نیاز به کمک دارد، آغاز کند. برای اینکه بتوانید دادخواه باشید، باید 18 ساله یا بزرگتر باشید و یکی از موارد زیر باشید:

- فردی که با دادخوانده زندگی می‌کند.
- همسر یا همخانه قانونی، والدین، خواهر/برادر، فرزند یا پدر/مادر بزرگ دادخوانده.
- شخصی که اختیار دارد به عنوان والدین دادخوانده اقدام کند.
- مدیر یک مؤسسه سلامت رفتاری شهرستانی که دادخوانده در آن زندگی می‌کند یا در آن حضور دارد، یا منصوب مدیر.
- یک متخصص سلامت رفتاری رسمی که در 30 روز گذشته بر درمان یا معالجه دادخوانده مبتلا به اختلال روانی نظارت داشته یا بر عهده او بوده است، یا متخصص تعیین شده.
- مدیر یک مؤسسه دولتی یا خیریه که در 30 روز گذشته خدمات سلامت رفتاری را به دادخوانده ارائه کرده است یا دادخوانده در مؤسسه وی ساکن است یا منصوب مدیر.
- مدیر بیمارستانی که دادخوانده در آن بستری است یا اخیراً در آن بستری شده است، یا منصوب مدیر.
- یک قاضی دادگاه قبیله ای کالیفرنیا که دادخوانده ظرف 30 روز گذشته در دادگاه او حاضر شده است یا منصوب قاضی.
- مدیر یک مؤسسه خدمات حمایتی بزرگسالان که دادخوانده در آن زندگی می‌کند یا در آن حضور دارد، یا منصوب مدیر.
- مدیر یک برنامه خدمات سلامت سرخپوستان کالیفرنیا یا اداره سلامت رفتاری قبیله‌ای که در 30 روز گذشته خدمات سلامت رفتاری را به دادخوانده ارائه کرده است یا می‌کند، یا منصوب مدیر.
- اولین پاسخ دهنده که چندین بار با دادخوانده مواجه شده است تا او را دستگیر کند یا او را بازداشت جبری کند، او را درگیر درمان داوطلبانه کند یا تلاش‌های دیگری برای دریافت کمک حرفه‌ای از دادخوانده انجام دهد.
- سرپرست دولتی یا متصدی دولتی شهرستانی که دادخوانده در آن زندگی می‌کند یا حضور دارد، یا نماینده مأمور دولتی.
- یک محافظ یا محافظ ارجاع شده از یک رویه دادرسی تحت قانون Lanterman-Petris-Short (LPS).
- دادخوانده

در آیتم 1، نام خود را وارد کنید و کادر کنار نوع دادخواه یا انواعی که برای شما اعمال می‌شود را علامت بزنید.

### آیتم 2: نسبت با دادخوانده

نام دادخوانده را در آیتم 2a وارد کنید. نسبت خود با دادخوانده را در آیتم 2b شرح دهید. اگر شما دادخوانده‌ای از یک بیمارستان، یک مؤسسه دولتی یا خیریه، یک متخصص سلامت رفتاری رسمی که تحت درمان یا نظارت بر دادخوانده، یا اولین پاسخ‌دهنده هستید، ذکر کنید که چند بار با دادخوانده تعامل داشته‌اید، تاریخ آخرین تعامل را ذکر کنید، و ماهیت و نتیجه هر تعامل را در مورد 2c شرح دهید.

### آیتم 3: آدرس دادخوانده یا آخرین اقامتگاه مشخص شده

اگر محل زندگی دادخوانده را می‌دانید، آدرس را در آیتم 3 وارد کنید. اگر آدرس دادخواننده را نمی‌دانید، یا اگر آدرسی ندارد، ذکر کنید که آدرس نامشخص است و آخرین مکان مشخص دادخوانده و هر اطلاعات دیگر، مانند شماره تلفن یا آدرس ایمیل، که ممکن است به یافتن مکان پاسخ دهنده کمک کند، ذکر کنید.

### آیتم 4: دادگاه و شهرستان مناسب

در آیتم 4، نشان دهید که چرا شهرستانی که در آن دادخواست را ثبت می‌کنید، مکان مناسبی برای تشکیل پرونده است. شما می‌توانید دادخواست را فقط در شهرستانی که دادخواه در آن زندگی می‌کند، جایی که دادخوانده در حال حاضر حضور دارد، یا جایی که دادخوانده یک پرونده قانونی دارد، ثبت کنید. تمام مواردی که صدق می‌کند را علامت بزنید. اگر فرد در شهرستان زندگی نمی‌کند، اگر می‌دانید، ذکر محل زندگی وی کمک می‌کند.

**آیتم 5: واجد شرایط بودن دادخوانده**

شما باید حقایق را بیان کنید و اطلاعاتی را ارائه دهید که از ادعای شما مبنی بر واجد شرایط بودن دادخوانده برای فرآیند قانون CARE پشتیبانی کند. برای واجد شرایط بودن یک دادخوانده، همه شرایط زیر، که در آیتم‌های 5a-5g در فرم CARE-100 ذکر شده است، باید محقق شود. لطفاً توجه داشته باشید که موقعیت‌های مورد بحث در زیر فقط نمونه‌هایی از الزامات صلاحیت است. دادگاه فقط بر اساس حقایق مربوط به دادخوانده تصمیم می‌گیرد، که آیا وی واجد شرایط است یا خیر.

الزامات	توضیحات	مثال‌ها
<b>دادخوانده باید 18 سال یا بیشتر داشته باشد (آیتم 5a) و باید:</b>		
تشخیص یک اختلال طیف اسکیزوفرنی یا اختلال روان‌پریشی دیگر در همان سطح داشته باشد، بر طبق تعریف راهنمای تشخیصی و آماری فعلی اختلالات روانی (آیتم 5b).	فقط فردی که دچار طیف اسکیزوفرنی یا سایر اختلالات روان‌پریشی است واجد شرایط فرآیند قانون CARE است. فردی که این تشخیص در مورد او داده نشده است، حتی اگر یک اختلال روانی شدید متفاوت مانند اختلال دوقطبی یا افسردگی ماژور داشته باشد، واجد شرایط نیست.  <b>توجه:</b> اختلال روان‌پریشی نباید ناشی از یک وضعیت پزشکی، مانند مشکلات سلامت جسمانی مانند آسیب مغزی، اوتیسم، زوال عقل یا یک وضعیت عصبی باشد. فردی که در حال حاضر تشخیص اختلال مصرف مواد در مورد وی داده شده، باید یک اختلال روان‌پریشی نیز داشته باشد و تمام معیارهای دیگر در آیتم 5 را نشان دهد تا واجد شرایط باشد.	اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوفرنی فرم، اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال هذیانی، اختلال شخصیت اسکیزوتایپی و سایر اختلالات روان‌پریشی.
در حال حاضر دچار یک اختلال روانی شدید باشد که (آیتم 5c):  • از نظر درجه شدید و در طول مدت ماندگار است (آیتم 5c(1))  • ممکن است باعث رفتاری شود که به طور قابل توجهی با فعالیت‌های زندگی روزمره فرد تداخل داشته باشد (آیتم 5c(2))، و  • بدون درمان، حمایت و توانبخشی، ممکن است منجر به ناتوانی در حفظ سازگاری پایدار و عملکرد مستقل برای یک دوره طولانی یا نامحدود شود (آیتم 5c(3))	هر گونه رفتاری مانند هذیان، توهم، یا تغییرات خلقی غیرعادی و مداومی را ذکر کنید که به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای با توانایی دادخوانده در انجام وظایف ضروری و معمول مورد نیاز برای کار یا مراقبت از خود تداخل می‌کند.  توضیح دهید که چرا تصور می‌کنید دادخوانده قادر به زندگی مستقل، فعالیت در جامعه و مدیریت وضعیت و روابط اجتماعی خود بدون کمک دیگری نیست.	اگر ناشی از یک اختلال روانی مزمن، بلندمدت یا عودکننده باشد:  • مشکل در مراقبت از خود (مانند حمام کردن، نظافت، تهیه و خوردن غذا، پوشیدن لباس متناسب با آب‌وهوا، انجام مراقبت‌های بهداشتی، یا پیروی از توصیه‌های پزشکی). • مشکل در حفظ محلی برای سکونت، استفاده از وسایل حمل و نقل یا مدیریت روزانه پول. • مشکل در تمرکز یا انجام وظایف طبق برنامه. • مشکل در عملکرد اجتماعی، ایجاد و حفظ روابط. • سابقه اخیر ناتوانی در مراقبت روزانه از خود (حمام کردن، آراستن، تهیه و خوردن غذا، استفاده از سرویس بهداشتی) بدون کمک دیگری.

الزامات	توضیحات	مثال‌ها
در درمان داوطلبانه جاری ثبات بالینی ندارد (آیتم 5d).	توضیح دهید که چرا تصور می‌کنید دادخوانده به اندازه کافی در یک برنامه درمانی داوطلبانه حمایت نمی‌شود، به طوری که وضعیت و علائم او باثبات باشد.	<ul style="list-style-type: none"> <li>امتناع مکرر و مداوم بدون دلیل از پذیرش درمان داوطلبانه.</li> <li>پذیرش موقت درمان داوطلبانه که با شکست درمان یا امتناع از ادامه آن بدون دلیل قطع می‌شود.</li> <li>درمان داوطلبانه پذیرفته می‌شود، اما این درمان برای تثبیت دادخوانده مؤثر نیست.</li> </ul>
<b>حداقل یکی از موارد زیر باید صحیح باشد (آیتم 5e):</b>		
بعید است که دادخوانده بدون نظارت، به سلامت در جامعه دوام بیاورد و وضعیت دادخوانده به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای رو به وخامت است (آیتم 5e(1)).	<p>موارد را مشخص کنید که اخیراً دادخوانده به دلیل فقدان جهت‌گیری واقعیت، سردرگمی یا بینش ضعیف نیاز به نظارت داشته تا بتواند در جامعه زندگی کند.</p> <p>توضیح دهید که چگونه توانایی دادخوانده در تفکر واضح، برقراری ارتباط یا شرکت در فعالیت‌های منظم به سرعت ضعیف‌تر شده است.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>بستری شدن اخیر یا مکرر در بیمارستان به دلیل علل‌ی مانند هذیان، توهم، بی‌نظمی، اختلال بینش، اختلال در قضاوت.</li> <li>دستگیر شدن اخیر یا مکرر به دلیل بیماری روانی.</li> </ul>
دادخوانده برای جلوگیری از عود یا وخیم شدن وضعیتش که احتمالاً منجر به ناتوانی شدید یا آسیب جدی به وی یا دیگران می‌شود، به خدمات و حمایت نیاز دارد (آیتم 5e(2)).	<p>توضیح دهید که چگونه دادخوانده نمی‌تواند به سلامت زندگی کند، به شدت ناتوان می‌شود، یا به دیگران یا خود آسیب جدی وارد می‌کند، مگر اینکه خدمات و پشتیبانی دریافت کند.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ناتوانی شدید شامل ناتوانی فرد به دلیل یک اختلال روانی در تأمین نیازهای اولیه شخصی خود برای غذا، پوشاک یا سرپناه است.</li> <li>آسیب جدی شامل صدمه‌ای است که باعث درد شدید، خطر بالای مرگ یا عدم عملکردهای جسمی یا ذهنی می‌شود.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>شخصی که دسترسی فوری به مسکن امن دارد اما به دلیل اختلال روانی انتخاب می‌کند در شرایطی زندگی کند که می‌تواند سلامتی او را به خطر بیندازد.</li> <li>فردی که اخیراً به دلیل اختلال روانی خود اقدام به خودکشی کرده و همچنان تمایلش به آسیب رساندن به خود را ابراز می‌کند.</li> <li>رفتار خود-آسیبی، مانند راه رفتن به داخل ترافیک یا آسیب‌رسانی ناآگاهانه به خود با رفتاری که آنها را در معرض خطر صدمه جدی یا مرگ قرار می‌دهد.</li> </ul>

الزامات	توضیحات	مثالها
<b>مشارکت دادخوانده در طرح CARE یا توافقنامه CARE باید:</b>		
جایگزینی با کمترین محدودیت لازم برای اطمینان از بهبودی و ثبات دادخوانده باشد (آیتم 5f) و	توضیح دهید که مشارکت در طرح CARE یا توافقنامه CARE چگونه: <ul style="list-style-type: none"> <li>به طور مؤثر نیازهای درمانی دادخوانده را رفع می‌کند و در عین حال محدودیت‌های کمتری را برای حقوق و آزادی‌های فردی وی ایجاد می‌کند.</li> <li>ضروری است زیرا سایر جایگزین‌های کمتر محدودکننده بهبود و ثبات دادخوانده را تضمین نمی‌کند؛ به عنوان مثال، به این دلیل که سایر جایگزین‌های کمتر محدودکننده کارساز نبوده‌اند.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>جایگزین‌های کمتر محدودکننده می‌تواند شامل: <ul style="list-style-type: none"> <li>مشارکت‌های داوطلبانه یا خدمات کامل، که روابط مشارکتی بین شهرستان و فرد، و در صورت لزوم، خانواده فرد است و از طریق آن شهرستان برای طیف کامل خدمات اجتماعی برنامه‌ریزی کرده و آنها را ارائه می‌دهد.</li> <li>تصمیم‌گیری تحت حمایت، که یک فرآیندی شخصی‌سازی شده برای حمایت و تطبیق بزرگسالان دارای معلولیت است تا آنها بتوانند بدون ممانعت در خودمختاری، تصمیم‌گیری کنند.</li> <li>درمان اجتماعی ویژه، که یک گزینه درمانی مبتنی بر بهبودی و فرد-محور است و از نسبت مراجع-به-پرسنل پایین بهره می‌برد.</li> </ul> </li> </ul>
احتمالاً به نفع دادخوانده باشد (آیتم 5g).	توضیح دهید که شرکت در یک طرح CARE چگونه می‌تواند به دادخوانده کمک کند که حال و وضعیت فعلی خود را تثبیت و بهبود بخشد.	<ul style="list-style-type: none"> <li>بهبود دادخوانده با شرکت در برنامه‌های درمانی مشابه در گذشته.</li> <li>نظر پزشکی مبنی بر اینکه بیمار از درمان سود خواهد برد.</li> </ul>

**توجه:** هرگونه اطلاعاتی درباره هرکدام از موارد فوق‌الذکر دارید، در دادخواست ذکر کنید. همچنین می‌توانید هرگونه اسنادی را که در پشتیبانی از یک یا چند تا از این موارد دارید، پیوست کنید.

### آیتم 6: اسناد مورد نیاز

شما باید اسناد مثبت را به دادخواست پیوست کنید. این اسناد باید شامل یکی از این دو مورد باشد:

a. یک اظهارنامه تکمیل شده توسط یک متخصص سلامت رفتاری رسمی در مورد اعلامیه سلامت روانی - رویه‌های رسیدگی قانون CARE (فرم CARE-101)؛ یا

b. مدارکی مبنی بر اینکه دادخوانده برای حداقل دو درمان فشرده دستگیر شده است، که آخرین مورد طی 60 روز گذشته بوده است.

برای مثال، این مدارک می‌تواند شامل کپی‌هایی از گواهی درمان فشرده، اظهارنامه‌ای از یک شاهد برای درمان فشرده، یا سایر اسنادی باشد که نشان می‌دهد دادخوانده دو بار و برای مدت حداکثر 14 روز درمان فشرده بازداشت شده است. مدرک باید شامل تاریخ آخرین دوره درمان باشد. **توجه:** در راستای قانون CARE، "درمان فشرده" فقط شامل درمان غیرداوطلبانه است که تحت بخش 5250 «قانون رفاه و مؤسسات» مجاز است. درمان فشرده به معنی درمان مجاز بموجب هیچ قانون دیگری نیست، از جمله اما نه محدود به، نگهداری 72--ساعته تحت بخش 5150 «قانون رفاه و مؤسسات» می‌شود یا درمان‌های تحت بخش‌های 5260 و 5270.15 «قانون رفاه و مؤسسات».

**آیتم 7: سایر رویه‌های رسیدگی**

اگر دادخوانده پرونده دیگری در دادگاه داشته باشد، اطلاعات آن پرونده می‌تواند برای دادخواست قانون CARE شما مفید باشد. در صورت آگاهی از هر کدام از اطلاعات درخواستی، آیتم 7 را تکمیل کنید.

- اگر در پاسخ به ارجاع از دادگاه دیگری دادخواست تنظیم می‌کنید، آیتم 7a را پر کنید. نام دادگاه ارجاع‌کننده و شماره پرونده، دپارتمان و نوع پرونده را در صورت اطلاع ذکر کنید. اگر نسخه ای از حکم ارجاع دارید، روی آن بنویسید «پیوست 7a» و آن را به دادخواست پیوست کنید.
  - اگر دادخوانده در حوزه قضایی دادگاه اطفال و نوجوانان به عنوان وابسته، محجور، یا وابسته غیر-صغیر قرار می‌گیرد، آیتم 7b را پر کنید. نام دادگاه، شماره پرونده و اطلاعات تماس وکیل دادگاه اطفال و نوجوانان دادخوانده را ذکر کنید.
  - اگر دادخوانده قیم دارد، آیتم 7c را پر کنید. نام دادگاه، شماره پرونده و اطلاعات تماس وکیل قیمومیت دادخوانده را ذکر کنید.
- توجه:** اگر اطلاعات خواسته شده در آیتم 7 را نمی‌دانید، آن قسمت را خالی بگذارید. حتی اگر آیتم 7 را تکمیل نکنید به دادخواست رسیدگی می‌شود.

**آیتم 8: عضویت یا خدمات قبیله‌ای از ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت سرخپوستان آمریکایی**

اگر می‌دانید که پاسخ‌دهنده عضو یک قبیله سرخپوستی به رسمیت شناخته شده از سوی دولت است یا از ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت سرخپوستی کالیفرنیا، دادگاه قبیله‌ای یا سازمان قبیله‌ای خدمات دریافت می‌کند، این اطلاعات را در آیتم 8 وارد کنید.

**توجه:** حتی اگر آیتم 8 را تکمیل نکنید به دادخواست رسیدگی می‌شود.

**آیتم 9: اطلاعات مفید**

در آیتم 9، هر یک از کادرهایی را درباره دادخوانده صدق می‌کند را علامت بزنید و اطلاعات درخواستی را که می‌دانید ارائه دهید.

**توجه:** حتی اگر آیتم 9 را تکمیل نکنید به دادخواست رسیدگی می‌شود.

**آیتم 10: پیوست‌ها**

در آیتم 10، تعداد کل صفحات پیوست شده به دادخواست را ذکر کنید.

**امضا:** شما باید تاریخ را بنویسید، نام خود را به حروف بزرگ بنویسید و دادخواست را تحت مجازات شهادت دروغ امضا کنید. این بدان معناست که اگر چیزی را در فرم ذکر کرده‌اید که معتقدید نادرست است، ممکن است مسئولیت کیفری برایتان داشته باشید. اگر وکیلی دارید که به شما کمک می‌کند، آنها نیز باید امضا کنند.

**5) آیا به خدمات فرآیند نیاز دارید؟**

خیر. برای شروع رویه رسیدگی قانون CARE، نیازی به ارائه یک نسخه از دادخواست به کسی جز دادگاه ندارید.

**6) بعد از ثبت دادخواست چه می‌شود؟**

پس از ثبت دادخواست، دادگاه آن و هر گونه مدارک مثبت را که همراه آن ثبت شده، بررسی می‌کند. دادگاه تصمیم خواهد گرفت که آیا اسناد نشان می‌دهد که دادخوانده معیارهای واجد شرایط بودن برای CARE را دارد یا خیر. سپس دادگاه یا:

- دادخواست را رد می‌کند** چنانچه تشخیص دهد که (1) دادخواست نشان نمی‌دهد که دادخوانده معیارهای واجد شرایط بودن برای قانون CARE را دارد یا می‌تواند داشته باشد یا (2) دادخوانده داوطلبانه با مؤسسه شهرستان همکاری می‌کند، تعامل آنها مؤثر است و دادخوانده در درمان داوطلبانه توسط شهرستان یا ارائه‌دهنده دیگری داوطلبانه شرکت کرده یا احتمالاً خواهد کرد. یا
  - دستور تهیه یک گزارش می‌دهد** چنانچه تشخیص دهد که دادخواست نشان می‌دهد که دادخوانده معیارهای واجد شرایط بودن برای قانون CARE را دارد یا ممکن است داشته باشد. دادگاه به یک مؤسسه شهرستانی دستور می‌دهد که با دادخوانده همکاری کند و ظرف 14 روز کاری یک گزارش کتبی به دادگاه تسلیم نماید. شهرستان به شما و دادخوانده اطلاع خواهد داد که دادگاه دستور تهیه گزارش را صادر کرده است.
- توجه:** در صورتی که دادخواه یک مؤسسه سلامت رفتاری شهرستان باشد، رویه‌های رسیدگی متفاوت است.

## 7 حضور اولیه در دادگاه

اگر دادگاه تشخیص دهد که گزارش مؤسسه شهرستان از دادخواست پشتیبانی می‌کند و نشان می‌دهد دادخوانده معیارهای واجد شرایط بودن قانون CARE را داراست یا می‌تواند داشته باشد و تعامل شهرستان با دادخوانده کارآمد نبوده، دادگاه جلسه حضور اولیه را تعیین می‌کند. دادگاه همچنین به شهرستان دستور خواهد داد که جلسه حضور اولیه را به شما و همچنین به دادخوانده، وکیل منصوب دادخوانده و مؤسسه سلامت رفتاری شهرستان اطلاع دهد. شما، یعنی دادخواه، باید در جلسه اولیه حضور داشته باشید و اگر نه دادگاه می‌تواند دادخواست را رد کند. شما اطلاعیه در مورد تاریخ، زمان و مکان حضور اولیه در دادگاه را به صورت پستی دریافت خواهید کرد.

**توجه:** در جلسه اولیه، مدیر مؤسسه سلامت رفتاری شهرستان، یا منصوب مدیر، جایگزین شما به عنوان دادخوانده خواهد شد.

## 8 آیا دادخواهان هیچ حقوقی دارند؟

شما این حق را دارید که در جلسه رسیدگی ماهوی حضور یافته و اظهارات خود را بیان کنید. اگر شما با دادخوانده زندگی می‌کنید، همسر یا همخانه قانونی، والدین، خواهر/برادر، فرزند، یا پدربزرگ/مادربزرگ دادخوانده هستید، یا فردی هستید که اختیار دارد به عنوان والدین دادخوانده اقدام کند، دادگاه ممکن است به شما حقوق مداومی را برای دریافت اطلاعیه اعطا کند. و در صورت موافقت دادخوانده، دادگاه ممکن است به شما اجازه دهد در بقیه رویه رسیدگی قانون CARE شرکت کنید.

اگر شما دادخواه هستید که در موارد بالا ذکر نشده‌اید، دادگاه نمی‌تواند سایر حقوق جاری را به شما بدهد.

اگر دادخواست رد شد و بعداً وضعیت دادخوانده تغییر کرد، می‌توانید دادخواست جدیدی را به دادگاه ارائه دهید.

## 9 دادجوی پردر دسر کیست؟

دادجوی پردر دسر شخصی است که دادگاه تشخیص داده وی بدون دلیل موجه از روند رسیدگی دادگاه برای آسیب رساندن یا آزار سایر افراد با شکایت مکرر از آنها یا ارائه اسناد دیگر علیه آنها استفاده کرده است.

اگر شخصی بیش از یک دادخواست قانون CARE ثبت کند که صحت نداشته یا قصد ایجاد مزاحمت، آسیب یا آزار به دادخوانده را دارد، دادگاه قانون CARE ممکن است تشخیص دهد که یک شخص دادجوی پردر دسر است. پس از اینکه فرد به عنوان دادجوی پردر دسر اعلام شد، ممکن است وی در لیست دادجویان پردر دسر، نزد شورای قضایی نگهداری، قرار داده شود. دادگاه ممکن است بدون کسب اجازه از قاضی رسیدگی‌کننده دادگاه بدوی، دستوری صادر کند که از طرح هر گونه دعوی جدید، از جمله انواع دیگر پرونده‌ها (نه فقط دادخواست‌های قانون CARE)، توسط دادجوی پردر دسر جلوگیری کند. در صورت صدور چنین حکمی، دادگاه ممکن است فردی را که از دستور پیروی نمی‌کند جریمه کند یا به دلیل سرپیچی از حکم دادگاه به زندان بفرستد.

## 10 اگر انگلیسی صحبت نکنم چه؟

هنگامی که مدارک خود را ثبت می‌کنید، از کارمند بپرسید که آیا مترجم دادگاه موجود است یا خیر. همچنین می‌توانید از درخواست برای مترجم (مدنی) (فرم INT-300) یا فرم دادگاه محلی یا وبسایت برای درخواست مترجم استفاده کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مترجمان دادگاه، به وبسایت <https://selfhelp.courts.ca.gov/request-interpreter> مراجعه کنید.

## 11 اگر معلولیت داشته باشم چه؟

اگر معلولیت دارید و زمانی که در دادگاه هستید نیاز به امکانات دارید، می‌توانید برای ارائه درخواست خود از درخواست امکانات معلولان (فرم MC-410) استفاده کنید. همچنین می‌توانید از هماهنگ‌کننده ADA در دادگاه تقاضای کمک کنید. برای اطلاعات بیشتر، نحوه درخواست امکانات معلولان برای دادگاه (فرم MC-410-INFO) را ببینید یا به <https://selfhelp.courts.ca.gov/jcc-form/MC-410> مراجعه کنید.