제한 공개

CARE-101 K

변호사 또는 변호사가 없는 당사자	주 변호사 면허 번호:	*법원용*
이름: 법무법인 이름: 거리 주소: 시: 주: 우편번호: 전화번호: 팩스번호: 이메일 주소: 변호인이 대리하는 당사자(*이름*):		정보 제공 전용 법원에 제출하지 마십시오
캘리포니아주 상급 법원, 소재 카운티 거리 주소: 우편 주소: 시 및 우편번호: 법원 이름:		
CARE 법 절차 대상*(이름)*: 피신청인		
정신 건강 진단서—CARE 법 절차		사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

면허를 소지한 행동 건강 관리 전문가 대상
본 양식은 피신청인이 CARE 법 절차를 위한 진단 기준을 충족하는지 여부를 법원에서 판단하는 데 도움이 된다.

일반 정보

1. 진술인의 이름:

2. 사무실 주소, 전화번호 및 이메일 주소:

3. **면허 상태** *(a 또는 b를 작성):*

   a. ☐ 본인은 면허를 소지한 행동 건강 관리 전문가이며 본 양식에 명시된 검사를 수행하는 것은 본인의 면허 범위 내에 있다. 본인은 다음과 같이 유효한 캘리포니아 면허를 소지하고 있다*(하나만 선택):*
      (1) ☐ 의사.
      (2) ☐ 심리학자.
      (3) ☐ 임상사회복지사.
      (4) ☐ 결혼 및 가족 상담사.
      (5) ☐ 전문 임상 상담사.

   b. ☐ 본인은 다음과 같은 이유로 WIC 제5751.2조에 따라 주 보건복지과면허 교부 유예 처분을 받았다*(하나만 선택).*
      (1) ☐ 본인은 ☐ 심리학자 ☐ 임상 사회 복지사 로 고용되어 있으며, 1979년 1월 1일 현재 동일한 프로그램 또는 시설에서 동일한 직급으로 계속 근무하고 있다.
      (2) ☐ 본인은 면허 취득에 필요한 경험을 습득할 목적으로 주 보건서비스국의 면허 위원회에 등록되어 있으며 다음과 같이 정신 건강 서비스를 제공하기 위해 고용되거나 계약 관계에 있다*(하나만 선택).*
         (a) ☐ 임상사회복지사.
         (b) ☐ 결혼 및 가족 상담사.
         (c) ☐ 전문 임상 상담사.
      (3) ☐ 본인은 면허 취득에 필요한 경험을 쌓고 있는 심리학자로서 정신 건강 관리 서비스를 제공하기 위해 고용되거나 계약 관계에 있다.

CARE 법 절차 대상*(이름)*: 피신청인	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

3. b. (4) ☐ 본인은 캘리포니아 주 외부에서 고용을 위해 채용되었고, 캘리포니아 면허 시험에 응시하기에 충분한 경험을 가지고 있다. 본인은 정신 건강 관리 서비스를 제공하기 위해 다음과 같이 고용 또는 계약 관계에 있다*(하나만 선택).*
   (a) ☐ 심리학자.
   (b) ☐ 임상사회복지사.
   (c) ☐ 결혼 및 가족 상담사.
   (d) ☐ 전문 임상 상담사.

4. 피신청인*(이름)*은
   본인의 지속적인 보살핌과 치료를 받고 있는 환자이다. ☐ 예 ☐ 아니오.

피신청인에 대한 검사 또는 검사 시도

5. 다음 중 하나를 작성한다. *(a와 b 모두 CARE 법 신청서 제출 60일 이내일 것)*
   a. ☐ 피신청인을 검사한 *(날짜):* *(항목 7로 진행)*
   b. ☐ 다음 날짜에 본인은 피신청인을 검사하려고 시도했으나
   피신청인이 검사 대상으로 협조하지 않았기 때문에 실패했다.

6. *(5b에 체크한 경우에만 응답하도록 한다.)* 피신청인을 검사하기 위해 시도한 시기, 시도 횟수, 시도 유형을 자세히 설명한다. 또한 그러한 시도에 대한 피신청인의 반응과 각 시도의 결과를 설명한다.

7. 다음 정보에 근거하여, 본인은 피신청인이 CARE 법 절차를 위한 진단 기준을 충족한다고 믿을 만한 이유가 있다*(피신청인이 CARE 법 절차에 대한 자격을 갖추기 위해서는 다음 각 요건이 충족되어야 한다).*
   a. 피신청인은 조현병 스펙트럼 장애 또는 동일한 등급의 기타 정신과적 장애 진단을 받았다*(장애를 구체적으로 명시).*

주: 복지 및 기관법 제5972조에 따라 해당하는 정신과적 장애는 본질적으로 정신과적이어야 하며 외상성 뇌 손상, 자폐증, 치매 또는 신경학적 상태와 같은 의학적 상태로 인한 것이 아니어야 한다. 현재 약물 사용 장애 진단을 받았지만 정신분열증 스펙트럼이나 그 밖의 정신과적 장애 진단을 포함하여 다른 법적 기준을 충족하지 못하는 사람은 자격이 없다.

   b. 피신청인은 다음과 같은 심각한 정신 질환을 경험하고 있다*(다음 항목* ***모두*** *작성).*
      (1) 정도가 심하고 기간이 지속된다*(자세히 설명).*

CARE 법 절차 대상*(이름)*: 피신청인	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

7. b. (2) 일상 생활의 주요 활동에 실질적으로 지장을 주는 행동을 유발할 수 있다*(자세히 설명).*

(3) 장기간 또는 무기한의 치료, 지원 및 재활 없이는 안정적인 적응과 독립적인 기능을 유지할 수 없는 결과를 초래할 수 있다*(자세히 설명).*

c. 피신청인이 현재 진행 중인 자발적 치료에서 임상적으로 안정되지 않고 있다*(자세히 설명).*

d. 다음 중 하나 이상이 진실이다*(다음 중 하나 또는 모두 작성).*

(1) ☐ 감독 없이는 피신청인이 지역사회에서 안전하게 생존할 가능성이 낮고 **또한** 피신청인의 상태가 상당히 악화되고 있다 *(자세히 설명).*

(2) ☐ 심각한 장애를 초래하거나 피신청인이나 타인에게 심각한 해를 초래할 가능성이 있는 재발이나 악화를 방지하기 위해 피신청인에게 서비스 및 지원이 필요하다*(자세히 설명).*

제한 공개

CARE-101 K

CARE 법 절차 대상*(이름)*: 피신청인	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

7. e. CARE 보험 또는 CARE 협약에 참여하는 것은 피신청인의의 회복과 안정을 보장하는 데 필요한 최소한의 제한적 대안이 될 것이다 *(자세히 설명).*

f. 피신청인은 CARE 보험 또는 CARE 협약에 참여함으로써 혜택을 받을 수 있다*(자세히 설명).*

8. ☐ 피신청인에 대한 본인의 검사에 대한 추가 정보는 ☐ 다음과 같이 ☐ 첨부 문서 8에 제시된다.

본인은 위에 기술된 정보가 사실이고 정확하다는 것을 진술하며, 그렇지 않은 경우에는 캘리포니아 주법에 따라 위증죄로 처벌을 받을 것입니다.

날짜:

(진술인의 이름을 타자 또는 정자로 기재)

▶ 법원에 제출하지 마십시오

(진술인의 서명)

영어 버전만 온라인 입력 가능.
보호 및 개인 정보 보호를 위해 양식을 인쇄한 후, 이 양식 지우기 버튼을 누르십시오.

이 양식인쇄 | 이 양식저장 | 영어 버전만 온라인 입력 가능. 이 양식지우기