# CONFIDENCIAL

**CARE-103 S**

| ABOGADO O PARTE SIN ABOGADO: NÚM. DEL COLEGIO DE ABOGADOS:<br>NOMBRE:<br>NOMBRE DE LA FIRMA:<br>DIRECCIÓN:<br>CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:<br>TELÉFONO: FAX:<br>EMAIL:<br>ABOGADO DE *(nombre)*: | *SOLO PARA USO DE LA CORTE*<br>***Solo para información*** |
|---|---|
| **CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE**<br>DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO):<br>DIRECCIÓN POSTAL:<br>CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL:<br>NOMBRE DE SUCURSAL: | ***No entregue a la corte*** |
| PROCESO DE LA LEY CARE PARA *(nombre)*:<br>DEMANDADO | |
| **ORDEN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL ABOGADO DEL DEMANDADO EN PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS** | NÚMERO DE CASO:<br>***No entregue a la corte*** |

1. El demandado
   a. ☐ Fue remitido a un proceso de la Ley CARE por:
      (1) ☐ un proceso por delito menor, según lo dispuesto en la sección 1370.01 del Código Penal.
      (2) ☐ un proceso de tratamiento ambulatorio asistido bajo las secciones 5345 a 5349.1 del Código de Bienestar e Instituciones.
      (3) ☐ un proceso de tutela de adulto bajo las secciones 5350 a 5372 del Código de Bienestar e Instituciones.
   b. ☐ Está actualmente bajo la jurisdicción de dependencia, delincuencia o transición de una corte de menores.
2. La corte ordena a *(nombre):* ,
   como director de *(nombre de la agencia del condado):*
   o persona designada por el director que, a más tardar 10 días judiciales después de la recepción de esta orden, informe al abogado del demandado en el proceso identificado en el punto 1 que:
   a. se presentó una petición de la Ley CARE en nombre del demandado, y
   b. el abogado que representa al demandado en el procedimiento de la Ley CARE es:
      *(nombre)*
      *(dirección postal):*

      *(número de teléfono):* *(email):*

Fecha:

JUEZ

**INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL CASO**

**A la parte que presenta la orden propuesta y a la corte (si actúa *sua sponte* o si se deja en blanco alguno de los siguientes campos en el momento de la presentación):** Llene el punto 3 y escriba toda la información conocida en los puntos 4, 5 y 6 a continuación, para ayudar a la agencia del condado a cumplir con la orden.

3. La persona que da la siguiente información es *(nombre):*
   *(puesto de trabajo):* *(empleador):*
4. ☐ El proceso relacionado está pendiente en la Corte Superior del condado de , no en la corte mencionada arriba.
5. El número de caso del proceso relacionado es *(número):*
6. La información de contacto del abogado del demandado en el proceso relacionado es:
   *(nombre):*
   *(dirección postal):*

   *(número de teléfono):* *(email):*

La información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Fecha:

(NOMBRE A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE)

***Solo para información***

(FIRMA)



Form Approved for Optional Use
Judicial Council of California
CARE-103 S [New September 1, 2024]



Welfare & Institutions Code, §§ 5977.4, 5978;
Cal. Rules of Court, rule 7.2210(e)
www.courts.ca.gov

**Para su protección y privacidad, presione el botón "Borrar formulario" después de imprimirlo.**

**Imprimir formulario** **Guardar formulario** **Borrar formulario**