

محرمانه

CARE-102 F

فقط جهت استفاده دادگاه فقط جهت اطلاع نزد دادگاه طرح شکایت نشود	وکیل یا متقاضی بدون وکیل نام: نام دفتر وکالت: خیابان: شهر: شماره تلفن: آدرس ایمیل: وکیل مربوط به (نام):
	شماره پروانه ایالتی وکالت ایالت: کدپستی: شماره نمایر:
	دادگاه عالی کالیفرنیا (SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA)، کانتی خیابان نشانی پستی شهر و کد پستی نام شعبه
شماره پرونده: نزد دادگاه طرح شکایت نشود	خواسته شروع دعوی قانون CARE فقط به‌وسیله کارشناس مجاز سلامت رفتار
خطاب به متقاضی: اگر این فرم را پر و ارائه کنید، نیازی به ارائه درخواست شروع دعوی قانون CARE (فرم CARE-100) یا اظهارنامه سلامت روان-دادرسی قانون CARE (فرم CARE-101) نخواهید داشت. (مراجعه کنید به قوانین دادگاه کالیفرنیا، قانون (b)(1)، (a) 7.2221.)	

1. من (نام خود را اینجا وارد کنید):

ام یا هستم. حداقل 18 ساله و کارشناس مجاز سلامت رفتار هستم که طی 30 روز گذشته مشغول درمان یا پایش فرآیند درمان خوانده بوده را برای خوانده آغاز کند «CARE خواهم که دادرسی «قانون‌بنا به دلایل مندرج در این درخواست و اسناد پیوست احتمالی، از دادگاه می

2. a. ☐ من، طبق قانون CARE (قانون رفاه و موسسات بخش § 5971(I)، کارشناس مجاز سلامت رفتار هستم و در جایگاه حرفه‌ای زیر قرار دارم (یکی را علامت بزنید):

(1) ☐ پزشک.

(2) ☐ روان‌شناس.

(3) ☐ مددکار اجتماعی بالینی.

(4) ☐ درمانگر ازدواج و خانواده.

(5) ☐ مشاور بالینی حرفه‌ای.

b. شماره پروانه من (در صورت وجود):

3. ☐ تعامل من با خوانده شامل موارد زیر بوده است (آخرین نوبت تعامل با خوانده (با ذکر تاریخ) چه‌زمانی بوده است و در جریان تعامل شما با خوانده چه اتفاقاتی افتاده است):

4. a. خوانده در این نشانی ساکن است یا آخرین بار در این نشانی پیدا شده است (نشانی خوانده را (اگر وجود دارد و مشخص است) به همراه اطلاعات صندوق پستی محل دریافت مرسوله‌های پستی، ارائه کنید. در غیر این صورت، محل زندگی خوانده، آخرین مکانی که در آن ساکن بوده است، یا مکان‌هایی که مرتباً در آنها دیده شده است، را ذکر کنید):

b. سایر اطلاعات تماس خوانده به شرح زیر است:

(شماره تلفن، در صورت وجود): ☐ می‌دهد. ☐ نمی‌دهد.

(نشانی ایمیل، در صورت وجود)

c. به نظر من، بهترین راه تماس گرفتن با خوانده عبارت است از: (همه موارد مرتبط را علامت بزنید):

(1) ☐ دیدار حضوری

(2) ☐ تماس تلفنی

(3) ☐ ارسال پیامک

(4) ☐ ارسال ایمیل

(5) ☐ ارسال نامه

(6) ☐ سایر (شرح دهید):

d. ☐ خوانده در زمینه ☐ خواندن ☐ شنیدن یا فهمیدن ☐ مکالمه زبان انگلیسی به کمک نیاز دارد.

زبان ترجیحی خوانده عبارت است از (زبان‌ها) را مشخص کنید)

شماره پرونده: نزد دادگاه طرح شکایت نشود	فقط جهت اطلاع دادرسی‌های قانون CARE برای (نام): خوانده
---	---

5. خوانده (a) یا b را علامت بزنید؛ اگر b را علامت بزنید، باید (1) یا (2) را نیز علامت بزنید):

a. ☐ در همان کانتی که درخواست در آن ارائه می‌شود سکونت دارد.

b. ☐ در آن کانتی که درخواست در آن ارائه می‌شود سکونت ندارد.

(کانتی محل سکونت خوانده را، در صورت مشخص بودن، وارد کنید)

(1) ☐ خوانده فعلاً در همان کانتی که درخواست در آن ارائه می‌شود مستقر است.

(2) ☐ متقاضی متهم یا خوانده دعوای کیفری یا مدنی در حال رسیدگی در دیوان عالی کانتی محل ارائه درخواست است.

6. من (قسمت a یا b را پر کنید؛ فاصله زمانی تاریخی جدیدترین معاینه یا اقدام به معاینه تا تاریخ ارائه درخواست نباید بیش از 60 روز باشد):

a. ☐ خوانده را در (تاریخ) معاینه کردم:

b. ☐ در (همه تاریخ‌ها را ذکر کنید):

کردم، ولی اقدام من ناموفق بود زیرا خوانده از پذیرش معاینه خودداری کرد.

(جزئیات تکتک نوبت‌های اقدام برای معاینه خوانده را به همراه ماهیت عدم همکاری خوانده و دیگر عوامل بازدارنده شما از معاینه خوانده، شرح دهید)

7. نظر کارشناسی من این است که خوانده از معیارهای بالینی که فرد را واجد شرایط بهره‌مندی از دادرسی قانون CARE می‌کند، برخوردار است. نظر من مبتنی بر عوامل زیر است (همه موارد مرتبط را علامت بزنید):

a. ☐ نتایج معاینه‌ای که من از خوانده انجام دادم.

b. ☐ نتایج معاینه‌ای که کارشناس مجاز سلامت رفتاری، غیر از من، از خوانده انجام داد.

(نام):

(نشانی):

(شماره تلفن):

(شماره پروانه):

(نشانی ایمیل):

(حرفه):

c. ☐ دیگر منابع اطلاعات که در ☐ ادامه ☐ در «پیوست 7» معرفی شده است.

8. استدلال‌ها و دیدگاه‌های تاییدکننده نظر من مبنی بر این که خوانده تکتک معیارهای بالینی مندرج در بخش 5972 از «قانون رفاه و موسسات» را برآورده می‌کند در قسمت زیر ارائه شده است (یکی را علامت بزنید):

a. ☐ در آئتم 9. (اگر برای آئتم 9 به فضای بیشتری نیاز دارید، صفحات اضافی را در قالب «پیوست 9a»، «پیوست 9b» و... پیوست کنید)

b. ☐ در اظهارنامه پیوست با عنوان (پیوست 9) «Attachment 9» (آئتم 9 را نادیده بگیرید و به آئتم 10 بروید).

9. نظر کارشناسی من این است که خوانده تکتک الزامات آئتم‌های 9a تا 9f زیر را برآورده می‌کند.

a. ☐ خوانده به اختلال طیف شیزوفرنی یا دیگر اختلال روان‌پریشی در همان رده، طبق تعاریف مندرج در «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی»، دچار است. (توضیحات را در قسمت زیر ارائه کنید):

b. ☐ خوانده هم‌اکنون به اختلال روانی جدی، طبق تعریف بخش (2) 5600.3(b) از «قانون رفاه و موسسات» دچار است، زیرا این اختلال:

(1) شدید و بلندمدت است؛

(2) ممکن است سبب بروز رفتاری شود که فعالیت‌های اصلی زندگی روزمره خوانده را مختل کند، یا سبب بروز این رفتار شده است؛ و

(3) ممکن است، در صورت نبود درمان، حمایت و توان‌بخشی، منجر به ناتوانی خوانده در حفظ سازگاری پایدار و کارکرد مستقل به مدت طولانی یا محدود شود، یا منجر به بروز این وضعیت شده است.

(شدت، مدت و پیامدهای اختلال روانی خوانده را در قسمت زیر شرح دهید):

شماره پرونده: نزد دادگاه طرح شکایت نشود	فقط جهت اطلاع دادرسی‌های قانون CARE برای (نام): خوانده
---	---

9. c. وضعیت خوانده در فرآیند درمان اختیاری پیوسته فعلاً پایدار نیست. (مشکل کنونی خوانده و درمان مستمر را در قسمت زیر شرح دهید):

d. حداقل یکی از گزینه‌های زیر درست است ((1) یا (2) یا هر دو را تکمیل کنید):

(1) ☐ خوانده، بدون نظارت، احتمالاً نمی‌تواند ایمنی خود را در جامعه حفظ کند و مشکل خوانده به شکل چشمگیر در حال بدتر شدن است. (توضیح دهید که چرا خوانده احتمالاً نمی‌تواند ایمنی خود را در جامعه حفظ کند، نوع نظارت مورد نیاز خوانده برای حفظ ایمنی را شرح دهید، و بگویید که وضعیت جسمی یا روانی خوانده چگونه اخیراً بدتر شده است):

(2) ☐ خوانده برای پیشگیری از بازگشت یا بدتر شدن مشکل که احتمالاً منجر به تحمیل ناتوانی چشمگیر یا آسیب جدی به خوانده یا دیگران خواهد شد، به خدمات و حمایت‌هایی نیاز دارد. (خدمات و حمایت‌های مورد نیاز خوانده را شرح دهید و بگویید که چرا خوانده، در صورت نبود این خدمات و حمایت‌ها، دچار ناتوانی چشمگیر خواهد شد یا خود یا دیگران را در معرض آسیب قرار خواهد داد):

e. شرکت در برنامه CARE یا توافق CARE کمترین اقدام جایگزین محدودکننده و لازم برای تضمین بهبود و پایداری وضعیت خوانده خواهد بود. (توضیح دهید که چرا سایر برنامه‌های درمانی کمتر محدودکننده چندان برای خوانده کارایی نخواهد داشت):

f. شرکت در برنامه CARE یا توافق CARE احتمالاً به سود خوانده خواهد بود زیرا (در قسمت زیر شرح دهید):

10. اختیاری: اطلاعات تکمیلی (در صورت لزوم، هریک از عبارات زیر را که درست است علامت بزنید، و اطلاعات درخواستی را، در صورت مشخص بودن، ارائه کنید):

a. ☐ خوانده به خدمات ترجمه شفاهی یا امکانات ویژه معلولان نیاز دارد. (اگر می‌دانید، بگویید که خوانده به چه خدمات یا امکاناتی نیاز دارد):

b. ☐ خوانده تحت پوشش مرکز منطقه‌ای است. (اگر می‌دانید، نام مرکز و خدماتی که به خوانده ارائه می‌کند را ذکر کنید):

c. ☐ خوانده عضو نیروهای مسلح یا ذخیره ایالتی یا فدرال است یا بوده است. (اگر می‌دانید، نام یگان مرتبط را ذکر کنید):

دادرسی‌های قانون CARE برای (نام):	شماره پرونده:
فقط جهت اطلاع	نزد دادگاه طرح شکایت نشود
خوانده	

10. d. ☐ خوانده عضو فعال یکی از قبایل سرخپوست رسمی فدرال است. (اگر می‌دانید، نام و نشانی پستی قبيله را ذکر کنید:

e. ☐ خوانده تحت پوشش خدمات برنامه خدمات سلامت سرخپوستان کالیفرنیا، اداره سلامت رفتار قبایل کالیفرنیا، یا دادگاه قبایل کالیفرنیا است. (اگر می‌دانید، نام و نشانی پستی برنامه، اداره یا دادگاه را ذکر کنید):

f. ☐ خوانده تحت پوشش خدمات اعتیاد، بزهکاری یا گذار دادگاه کودکان است. (اگر می‌دانید، اطلاعات زیر را ارائه کنید):

(1) دادگاه:

(2) شماره پرونده:

(3) وکیل خوانده در دعوای دادگاه کودکان (نام):

(نشانی پستی):

(شماره تلفن):

(نشانی پستی):

g. ☐ خوانده دارای سرپرست منصوب دادگاه است. (اگر می‌دانید، اطلاعات زیر را ارائه کنید):

(1) دادگاه:

(2) شماره پرونده:

(3) وکیل خوانده در دعوای سرپرستی (نام):

(نشانی پستی):

(شماره تلفن):

(نشانی پستی):

11. دادگاه فدرال (این آئیم را فقط در صورتی پر کنید که کاربرد داشته باشد؛ اگر برخی از اطلاعات درخواستی را نمی‌دانید، این بخش را خالی بگذارید):

☐ این درخواست در پاسخ به ارجاع خوانده از دعوای دادگاهی دیگر ارائه می‌شود.

a. دادگاه، اداره، و مامور قضایی:

b. شماره پرونده:

c. نوع دعوایی که خوانده از آن ارجاع داده شده است (یکی را علامت بزنید):

(1) ☐ دعوای صلاحیت روانی ناشی از پیگرد کیفری (این‌نامه دادرسی کیفری، بخشهای 1370، 1370.01)

(2) ☐ درمان سرپایی حمایتی (قانون رفاه و موسسات، بخشهای 5346-5348)

(3) ☐ سرپرستی قانون لنترن-پتریس-شورت (قانون رفاه و موسسات، بخشهای 5350-5372)

d. ☐ حکم ارجاع پیوست و با عنوان «پیوست 11» ارائه شده است (اختیاری).

e. ☐ وکیل خوانده در دعوای مشمول ارجاع (نام):

(نشانی پستی):

(شماره تلفن):

(نشانی پستی):

12. تعداد صفحات پیوست: _____

تاریخ:

(نام وکیل (در صورت وجود) را تایپ کنید یا با حروف بزرگ کتابی بنویسید)	(امضای وکیل، در صورت وجود)
--	----------------------------

من با آگاهی از مجازات شهادت دروغ و طبق قوانین ایالت کالیفرنیا درستی اظهارات بالا را تایید می‌کنم.

تاریخ:

فقط جهت اطلاع	(نام متقاضی را تایپ کنید یا با حروف بزرگ کتابی بنویسید)
	(امضای متقاضی)