

## CARE ACT- BECOME A LINK TO CARE (VIETNAMESE)

### SELF-HELP FORM PACKET



SHC-CC-05 (Rev. 02/29/2024)

Self-Help Services can review your completed forms before you file them with the Court. To request review of your completed forms:

1. Complete the attached forms in black ink.
2. Scan your completed forms and save as a single PDF file.
3. Go to [www.occourts.org/self-help](http://www.occourts.org/self-help) (scroll down and click the teal button labeled *Contact Self-Help Services*), attach the PDF, and complete the online request form. Make sure to select PROBATE as the case type on the form.

Tờ thông tin này mô tả Đạo Luật CARE và cách điền *Đơn Yêu Cầu Tiến Hành Thủ Tục Tố Tụng Theo Đạo Luật CARE* (mẫu CARE-100). Quý vị cũng có thể nhận hỗ trợ tại trung tâm trợ giúp của tòa án. Truy cập <https://selfhelp.courts.ca.gov/self-help/find-self-help> để tìm một trung tâm cho phiên tòa của quý vị.

## 1 Đạo Luật CARE là gì?

CARE là từ viết tắt của Community Assistance, Recovery, và Empowerment, tức là Hỗ trợ, Đền bù và Trao quyền cho Cộng đồng. Đạo Luật CARE cho phép một số người cụ thể, gọi là “nguyên đơn”, yêu cầu cung cấp công tác điều trị, các dịch vụ, hoạt động hỗ trợ và kế hoạch nhà ở theo lệnh của tòa án cho các đối tượng nhất định, gọi là “bị đơn”, những người mắc các chứng bệnh tâm thần nghiêm trọng mà chưa được chữa trị, cụ thể là bệnh tâm thần phân liệt hay một chứng rối loạn loạn thần khác. Bị đơn phải từ 18 tuổi trở lên.

Thủ tục tố tụng theo Đạo Luật CARE đòi hỏi các phiên đánh giá và phiên tòa để xác định liệu bị đơn có đáp ứng các yêu cầu về tư cách đủ điều kiện hay không. Một cơ quan sức khỏe hành vi của hạt sẽ tham gia vào quá trình này. Nếu bị đơn đáp ứng được tiêu chuẩn đủ điều kiện của CARE, một thỏa thuận hoặc chương trình CARE sẽ được thành lập và, nếu được chấp thuận, sẽ triển khai thông qua lệnh của tòa án.

## 2 Thỏa thuận CARE hay chương trình CARE là gì?

Thỏa thuận CARE và chương trình CARE là tài liệu bằng văn bản ghi rõ các dịch vụ được thiết kế để hỗ trợ sự phục hồi và ổn định của bị đơn. Các dịch vụ phải được tòa án chấp thuận. Các dịch vụ có thể bao gồm chăm sóc sức khỏe hành vi lâm sàng; tư vấn; các liệu pháp tâm lý, chương trình và phương pháp điều trị chuyên biệt; thuốc ổn định; kế hoạch nhà ở; các dịch vụ và hỗ trợ trực tiếp và gián tiếp thông qua cơ quan chính quyền địa phương. Không dùng thuốc ổn định theo dạng cưỡng chế.

Thỏa thuận CARE là một thỏa thuận tự nguyện được ký kết giữa bị đơn và cơ quan chăm sóc sức khỏe hành vi của hạt sau khi tòa án nhận thấy bị đơn đủ điều kiện tham gia chương trình CARE. Thỏa thuận có thể được tòa án chỉnh sửa trước khi thông qua.

Chương trình CARE là một loạt các dịch vụ và hoạt động hỗ trợ tại cộng đồng đã được cá nhân hóa cho phù hợp với bị đơn theo lệnh của tòa án.

## 3 Quý vị đã cân nhắc các lựa chọn khác ngoài thủ tục tố tụng theo Đạo Luật CARE chưa?

Có thể vẫn còn những cách khác để giúp đỡ người mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng. Nếu người đó có bảo hiểm y tế thương mại, hãy liên hệ với chương trình sức khỏe/công ty bảo hiểm. Nếu quý vị không biết người đó có bảo hiểm sức khỏe thương mại hay không hoặc nếu người đó không có bảo hiểm thương mại, hãy liên hệ cơ quan sức khỏe hành vi của hạt hoặc truy cập trang web của họ để sử dụng các dịch vụ. Các cơ quan sức khỏe hành vi của hạt cung cấp đa dạng các dịch vụ từ tư vấn, bác sĩ tâm thần, nhà tâm lý học hay nhà trị liệu, chương trình đối tác dịch vụ toàn diện, dịch vụ phục hồi sức khỏe tinh thần, dịch vụ hỗ trợ giữa những người đồng cảnh ngộ, quản lý trường hợp chuyên sâu, dịch vụ khủng hoảng, chăm sóc nội trú, điều trị rối loạn chất gây nghiện, điều trị cộng đồng quyết đoán và hỗ trợ nhà ở. Các hạt được yêu cầu cung cấp dịch vụ cho những người thụ hưởng Medi-Cal đủ điều kiện tiếp nhận dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và chăm sóc sức khỏe tâm thần, nhưng cũng có thể mở rộng phạm vi đối tượng tiếp cận dịch vụ tùy vào kinh phí và tiêu chí đủ điều kiện của địa phương mà không cần có lệnh của tòa án.

*Chương trình đối tác dịch vụ toàn diện* được thiết kế dành cho người mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng, người sẽ hưởng lợi từ chương trình dịch vụ chuyên sâu. Chương trình đối tác dịch vụ toàn diện có thể hỗ trợ người vô gia cư, có dính líu đến hệ thống pháp lý, hoặc thường xuyên sử dụng các dịch vụ chăm sóc khủng hoảng tinh thần. *Điều trị cộng đồng quyết đoán* là hình thức chăm sóc sức khỏe trong môi trường cộng đồng nhằm giúp người bệnh trở nên độc lập và hòa nhập với cộng đồng khi hồi phục.

Tìm hiểu xem liệu người đó có đưa ra chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe hoặc chỉ thị trước về bệnh tâm thần, chỉ định người khác thay họ đưa ra các quyết định về chăm sóc y tế khi họ không thể hay chưa. Hãy cân nhắc cả việc xem xét các dịch vụ xã hội ở địa phương và các tổ chức tại cộng đồng.

## **4** Tôi cần phải điền **Đơn Yêu Cầu Tiến Hành Thủ Tục Tố Tụng Theo Đạo Luật CARE (mẫu CARE-100)** như thế nào?

### **Mục 1: Ai có thể là nguyên đơn?**

Nguyên đơn là người yêu cầu tiến hành thủ tục theo Đạo Luật CARE cho người mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng đang cần giúp đỡ.

Để làm nguyên đơn, quý vị phải từ 18 tuổi trở lên và phải thuộc một trong các nhóm đối tượng sau mới có thể yêu cầu thủ tục tố tụng theo Đạo Luật CARE cho bị đơn:

- Người sống cùng bị đơn.
- Vợ/chồng hoặc bạn đời chung sống hợp pháp, cha mẹ, anh/chị/em, con cái hay ông bà của bị đơn.
- Người thay thế vai trò của cha mẹ bị đơn.
- Giám đốc bệnh viện, hoặc người được giám đốc chỉ định, tại nơi bị đơn đang hoặc gần đây đã nhập viện.
- Giám đốc của một tổ chức công cộng hoặc từ thiện, hoặc người được giám đốc chỉ định, hiện đang hoặc trong vòng 30 ngày qua đã cung cấp dịch vụ sức khỏe hành vi cho bị đơn hoặc bị đơn đang cư trú trong cơ quan của họ.
- Chuyên gia sức khỏe hành vi đã được cấp phép, hoặc người được chuyên gia chỉ định, đang hoặc đã giám sát quá trình điều trị hoặc trực tiếp điều trị bệnh tâm thần cho bị đơn trong vòng 30 ngày qua.
- Giám đốc cơ quan sức khỏe hành vi của hạt, hoặc người được giám đốc chỉ định, nơi bị đơn cư trú hoặc được tìm thấy.
- Thẩm phán của tòa án bộ lạc ở California, hoặc người được thẩm phán chỉ định.
- Giám đốc cơ quan dịch vụ bảo vệ người lớn của hạt, hoặc người được giám đốc chỉ định, nơi bị đơn cư trú hoặc được tìm thấy.
- Giám đốc chương trình dịch vụ y tế dành cho người da đỏ ở California hoặc bộ phận chăm sóc sức khỏe hành vi bộ lạc ở California, hoặc người được giám đốc chỉ định.
- Người thuộc lực lượng phản ứng nhanh - bao gồm cảnh sát, lính cứu hỏa, nhân viên y tế, kỹ thuật viên y tế khẩn cấp, nhân viên ứng phó khủng hoảng lưu động hoặc nhân viên tiếp cận người vô gia cư - đã nhiều lần tương tác với bị đơn dưới hình thức bắt giữ, giam giữ và vận chuyển theo mục 5150 của Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế, nhiều lần nỗ lực thuyết phục bị đơn tiếp nhận điều trị tự nguyện hoặc nỗ lực giúp bị đơn nhận được hỗ trợ chuyên nghiệp.
- Người giám hộ công hay người bảo hộ công, hoặc người được chỉ định, của hạt nơi bị đơn có mặt hoặc được tin là có mặt một cách hợp lý, hoặc người bảo hộ tư nhân do tòa án chỉ định theo Đạo luật Lanterman-Petris-Short (LPS), nếu được tòa án LPS giới thiệu.
- Bị đơn.

Trong mục 1, hãy điền tên của quý vị và đánh dấu vào ô bên cạnh một hoặc nhiều nhóm nguyên đơn đủ điều kiện phù hợp với quý vị.

### **Mục 2: Mối quan hệ với bị đơn**

Điền tên của bị đơn vào mục 2a và mô tả mối quan hệ giữa quý vị và bị đơn ở mục 2b. Nếu quý vị là nguyên đơn đến từ bệnh viện, tổ chức công cộng hay từ thiện, lực lượng phản ứng nhanh hoặc chuyên gia sức khỏe hành vi đã được cấp phép hiện đang điều trị hoặc giám sát bị đơn, quý vị phải điền số lần tương tác, ngày tương tác gần nhất, cũng như tính chất và kết quả của mỗi tương tác ở mục 2c.

### **Mục 3: Địa chỉ của bị đơn hoặc vị trí xác định cuối cùng**

Nếu quý vị biết nơi bị đơn sống, hãy điền địa chỉ vào mục 3. Nếu quý vị không biết địa chỉ của bị đơn, hay nếu bị đơn không có địa chỉ, hãy ghi rõ địa chỉ không xác định và cung cấp vị trí xác định gần nhất cũng như bất kỳ thông tin liên lạc bổ sung nào có thể hữu ích cho việc xác định vị trí của bị đơn, như số điện thoại hoặc địa chỉ email.

### **Mục 4: Hạt đệ đơn**

Ở mục 4, giải thích lý do vì sao việc đệ đơn yêu cầu tại hạt quý vị đệ đơn là phù hợp. Bị đơn phải sinh sống trong hạt đệ đơn, hiện đang có mặt trong hạt đệ đơn, hoặc đang đối mặt với các vấn đề pháp lý ở hạt đệ đơn. Đánh dấu tất cả các mục phù hợp. Nếu người đó không sinh sống trong hạt đệ đơn, quý vị cũng có thể điền nơi họ sinh sống, nếu biết.

**Mục 5: Tư cách đủ điều kiện của bị đơn**

Quý vị phải đưa ra bằng chứng và thông tin hỗ trợ để chứng minh bị đơn đủ điều kiện tham gia thủ tục tố tụng theo Đạo Luật CARE. Bị đơn phải đáp ứng **tất cả** các yêu cầu sau đây, được liệt kê trong mục 5 của mẫu CARE-100, để được công nhận là đủ điều kiện. Xin lưu ý rằng dưới đây chỉ là ví dụ về các trường hợp **có thể** đủ điều kiện. Mọi quyết định về tư cách đủ điều kiện đều sẽ căn cứ theo từng trường hợp cụ thể.

Yêu cầu	Giải thích	Ví dụ
<b>Bị đơn phải từ 18 tuổi trở lên (mục 5a) và phải:</b>		
<p>Được chẩn đoán mắc chứng rối loạn phổ tâm thần phân liệt hoặc rối loạn loạn thần khác cùng mức độ, như được định nghĩa trong <i>Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê các chứng Rối loạn Tâm thần</i> hiện hành (mục 5b).</p>	<p>Chỉ người mắc phổ tâm thần phân liệt hoặc chứng rối loạn loạn thần khác mới đủ điều kiện tham gia quá trình tiến hành Đạo Luật CARE. Người chỉ mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng khác, chẳng hạn như rối loạn lưỡng cực hoặc trầm cảm nặng, sẽ không đủ điều kiện.</p> <p><b>Lưu ý:</b> Rối loạn tâm thần không được xác định dựa trên tình trạng y tế, bao gồm tình trạng sức khỏe thể chất như chấn thương sọ não, tự kỷ, sa sút trí tuệ hoặc các bệnh thần kinh. Người hiện được chẩn đoán mắc chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện cũng phải mắc chứng rối loạn loạn thần và đáp ứng tất cả các tiêu chí khác ở mục 5 thì mới đủ điều kiện.</p>	<p>Tâm thần phân liệt, rối loạn dạng phân liệt, rối loạn phân liệt cảm xúc, rối loạn hoang tưởng, rối loạn nhân cách dạng phân liệt và các chứng rối loạn loạn thần khác.</p>
<p>Hiện đang mắc bệnh tâm thần (mục 5c):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ở mức độ nghiêm trọng và trong thời gian dài (mục 5c(1))</li> <li>• Có thể dẫn đến hành vi gây cản trở đáng kể các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (mục 5c(2)), và</li> <li>• Có thể dẫn đến tình trạng mất năng lực duy trì khả năng điều chỉnh ổn định và hoạt động độc lập nếu không được điều trị, hỗ trợ và phục hồi trong thời gian dài hoặc vô thời hạn (mục 5c(3)).</li> </ul>	<p>Cho biết bất kỳ hành vi nào, chẳng hạn như hoang tưởng, ảo giác hoặc thay đổi tâm trạng bất thường kéo dài, gây cản trở đáng kể đến khả năng thực hiện các hoạt động thiết yếu thường ngày cần thiết cho công việc cũng như việc chăm sóc bản thân của bị đơn.</p> <p>Mô tả lý do quý vị tin rằng bị đơn không thể sống độc lập, sinh hoạt trong cộng đồng cũng như chăm lo cho tình trạng sức khỏe và các mối quan hệ xã hội của họ mà không cần trợ giúp.</p>	<p>Nếu gây ra bởi bệnh tâm thần mãn tính, kéo dài hoặc liên tục tái phát:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gặp khó khăn khi tự chăm sóc bản thân (ví dụ: tắm rửa, chải chuốt, kiểm và ăn thức ăn, mặc quần áo phù hợp với thời tiết, đảm bảo hoạt động chăm sóc sức khỏe hoặc làm theo lời khuyên y tế).</li> <li>• Khó duy trì nơi cư trú, sử dụng phương tiện đi lại hoặc quản lý tiền bạc hằng ngày.</li> <li>• Khó tập trung hoặc hoàn thành công việc theo kế hoạch.</li> <li>• Khó khăn khi tham gia hoạt động xã hội, tạo dựng và duy trì các mối quan hệ.</li> <li>• Gần đây có tiền sử mất khả năng tự chăm sóc bản thân (tắm rửa, chải chuốt, kiểm thức ăn và ăn, sử dụng nhà vệ sinh) hằng ngày nếu không được trợ giúp.</li> </ul>

<b>Yêu cầu</b>	<b>Giải thích</b>	<b>Ví dụ</b>
<p>Không được ổn định về phương diện lâm sàng trong quá trình điều trị tự nguyện hiện tại (<b>mục 5d</b>).</p>	<p>Mô tả lý do quý vị tin rằng bị đơn hiện đang không được hỗ trợ đầy đủ tại chương trình điều trị tự nguyện đến mức ổn định được tình trạng và triệu chứng.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liên tục và không ngừng từ chối tiếp nhận điều trị tự nguyện mà không có lý do.</li> <li>• Tạm thời chấp nhận điều trị tự nguyện nhưng bị gián đoạn do thất bại hoặc từ chối tiếp tục điều trị mà không có lý do.</li> <li>• Chấp nhận điều trị tự nguyện, nhưng phương pháp điều trị đó không có hiệu quả giúp bị đơn ổn định.</li> </ul>
<p><b>Ít nhất phải đáp ứng <i>một</i> trong những điều sau đây (mục 5e):</b></p>		
<p>Bị đơn khó có thể sinh tồn an toàn trong cộng đồng mà không có sự giám sát và tình trạng bệnh diễn tiến theo chiều hướng xấu đi (<b>mục 5e(1)</b>).</p> <p><b>HOẶC</b></p>	<p>Cho biết những trường hợp gần đây khi bị đơn phải được giám sát mới có thể sinh tồn trong cộng đồng do thiếu khả năng định hướng thực tế, nhầm lẫn hoặc suy giảm nhận thức.</p> <p>Mô tả cách khả năng suy nghĩ sáng suốt, truyền đạt hoặc thực hiện các hoạt động thông thường của bị đơn đã xấu đi nhanh chóng.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Phải nhập viện gần đây hoặc thường xuyên nhập viện do các triệu chứng như hoang tưởng, ảo giác, vô tổ chức, suy giảm nhận thức, suy giảm khả năng phán đoán.</li> <li>• Bị bắt giữ gần đây hoặc thường xuyên bị bắt giữ do bệnh tâm thần.</li> </ul>
<p>Bị đơn cần đến các dịch vụ và hỗ trợ để ngăn chặn tình trạng tái phát hoặc tình trạng xấu đi có khả năng dẫn đến khuyết tật trầm trọng hoặc gây tổn hại nghiêm trọng cho bị đơn hay những người khác (<b>mục 5e(2)</b>).</p>	<p>Mô tả cách bị đơn sẽ không thể sinh tồn an toàn, bị khuyết tật trầm trọng hoặc gây tổn hại nghiêm trọng cho người khác hoặc chính bản thân họ trừ khi được tiếp cận các dịch vụ và hỗ trợ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Tình trạng khuyết tật trầm trọng</i> nghĩa là một người không có khả năng tự đáp ứng các nhu cầu cá nhân cơ bản về thức ăn, quần áo hoặc nơi ở do mắc bệnh tâm thần.</li> <li>• <i>Tổn hại nghiêm trọng</i> bao gồm chấn thương gây đau đớn tột độ, nguy cơ tử vong cao hoặc mất chức năng thể chất hay tinh thần.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Người có thể đến nơi ở an toàn nhanh chóng nhưng lại chọn sống trong những điều kiện có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe do mắc bệnh tâm thần.</li> <li>• Người gần đây đã cố gắng tự tử vì mắc bệnh tâm thần và không ngừng thể hiện mong muốn tự làm hại bản thân.</li> <li>• Hành vi tự gây thương tích, chẳng hạn như lao vào dòng xe hoặc vô tình làm hại bản thân bằng hành vi khiến họ có nguy cơ bị thương nặng hoặc tử vong.</li> </ul>

Yêu cầu	Giải thích	Ví dụ
<b>Việc tham gia chương trình CARE hoặc thỏa thuận CARE phải:</b>		
<p>Là giải pháp thay thế ít hạn chế nhất cần thiết để đảm bảo sự phục hồi và ổn định của bị đơn (<b>mục 5f</b>), và</p>	<p>Giải thích vì sao việc tham gia chương trình CARE hoặc thỏa thuận CARE sẽ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cần thiết vì các giải pháp thay thế khác ít hạn chế hơn không đủ để đảm bảo sự phục hồi và ổn định của bị đơn, có thể là do các giải pháp thay thế khác ít hạn chế hơn đã không thành công.</li> <li>• Đáp ứng hiệu quả các nhu cầu điều trị của bị đơn trong khi giảm thiểu mức độ giới hạn về quyền và tự do cá nhân của bị đơn.</li> </ul>	<p>Các giải pháp thay thế ít hạn chế hơn có thể bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Chương trình quan hệ đối tác dịch vụ toàn diện tự nguyện</b> là quan hệ hợp tác giữa hạt và cá nhân, cũng như gia đình của cá nhân trong trường hợp thích đáng, qua đó hạt lên kế hoạch và cung cấp đầy đủ các dịch vụ cộng đồng.</li> <li>• <b>Hỗ trợ ra quyết định</b> là một quy trình được cá nhân hóa nhằm hỗ trợ và giúp đỡ người lớn bị khuyết tật đưa ra các quyết định trong cuộc sống mà không cản trở quyền tự quyết của họ.</li> <li>• <b>Điều trị cộng đồng quyết đoán</b> là một phương pháp điều trị tập trung vào sự phục hồi, lấy con người làm trung tâm, áp dụng tỷ lệ khách hàng so với nhân viên thấp.</li> </ul>
<p>Có khả năng mang lại lợi ích cho bị đơn (<b>mục 5g</b>).</p>	<p>Giải thích việc tham gia chương trình CARE có thể giúp bị đơn ổn định và cải thiện tình trạng cũng như tình hình hiện tại của họ như thế nào.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sự cải thiện trước đây của bị đơn khi tham gia các chương trình điều trị tương tự.</li> <li>• Ý kiến chuyên môn cho rằng quá trình điều trị sẽ có ích cho bệnh nhân.</li> </ul>

**Lưu ý:** Hãy cung cấp càng nhiều thông tin trong đơn yêu cầu càng tốt đối với các mục trên. Quý vị cũng có thể đính kèm bất kỳ tài liệu nào mà quý vị cho là có thể hỗ trợ một hoặc nhiều mục đó.

**Mục 6: Tài liệu cần thiết**

Quý vị phải đính kèm tài liệu hỗ trợ vào đơn yêu cầu. Tài liệu đó phải bao gồm một trong hai nội dung sau đây:

- Lời khai của chuyên gia sức khỏe hành vi đã được cấp phép thông qua *Tờ Khai Sức Khỏe Tâm Thần - Thủ Tục Tố Tụng Theo Đạo Luật CARE* (mẫu CARE-101); **HOẶC**
- Bảng chứng cho thấy bị đơn đã bị giam giữ trong ít nhất hai lần điều trị tích cực, lần gần nhất cách đây 60 ngày. Bảng chứng có thể bao gồm các bản sao chứng nhận điều trị tích cực, lời khai của nhân chứng về điều trị tích cực hoặc các tài liệu khác cho thấy bị đơn đã bị giam giữ hai lần trong tối đa 14 ngày điều trị tích cực. Bảng chứng nên bao gồm ngày tháng của giai đoạn điều trị gần nhất. **Lưu ý:** Vì các mục đích của Đạo Luật CARE, “điều trị tích cực” chỉ bao gồm điều trị không tự nguyện được quy định tại mục 5250 của Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế. Khái niệm này **không** tính đến liệu pháp do bất kỳ bộ luật nào khác cho phép, bao gồm nhưng không giới hạn ở việc tạm giữ 72 giờ theo mục 5150 của Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế hoặc các liệu pháp theo mục 5260 và 5270.15 của Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế.

**Mục 7: Đăng Ký Bộ Lạc hoặc Các Dịch Vụ từ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Da Đỏ (Không bắt buộc)**

Nếu bạn biết hoặc tin rằng bị đơn là thành viên của một bộ lạc người da đỏ được liên bang công nhận, hoặc đang nhận dịch vụ từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người da đỏ, tòa án bộ lạc hoặc tổ chức bộ lạc, hãy điền thông tin đó vào mục 7.

**Lưu ý:** Đơn yêu cầu vẫn sẽ được xử lý dù quý vị không hoàn thành mục 7.

**Mục 8: Giới Thiệu từ Tòa Án (Không bắt buộc)**

Nếu bạn đang đệ đơn theo giới thiệu của tòa án, hãy đánh dấu vào ô này. Cho biết tòa án nào đã giới thiệu và điền mã số vụ việc và tên bộ phận, nếu biết. Nếu quý vị biết loại thủ tục tố tụng nào được liệt kê trong đơn yêu cầu là loại được giới thiệu, hãy đánh dấu vào ô thích hợp ở mục 8c. Nếu không biết, hãy để trống mục 8 và không đánh dấu. Nếu quý vị có bản sao lệnh giới thiệu của tòa án, hãy dán nhãn “Mục 8” và đính kèm với đơn yêu cầu.

**Lưu ý:** Đơn yêu cầu vẫn sẽ được xử lý dù quý vị không hoàn thành mục 8.

**Mục 9: Thông Tin Hữu Ích**

Ở mục 9, hãy đánh dấu vào bất kỳ ô nào phù hợp với bị đơn, nếu biết.

**Lưu ý:** Đơn yêu cầu vẫn sẽ được xử lý dù quý vị không hoàn thành mục 9.

**Mục 10: Tài Liệu Đính Kèm**

Ở mục 10, hãy liệt kê tổng số trang đính kèm trong đơn yêu cầu.

**Chữ ký:** Quý vị phải viết ngày tháng năm, tên của quý vị theo kiểu chữ in và *ký tên vào đơn yêu cầu theo hình phạt khai man*, nghĩa là quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm hình sự nếu khai bất kỳ nội dung nào mà quý vị nhận thức là không đúng sự thật. Nếu quý vị có luật sư hỗ trợ thì luật sư cũng phải ký tên.

**5 Có yêu cầu tổng đạt không?**

Không. Để tiến hành các thủ tục tố tụng theo Đạo Luật CARE, quý vị không cần phải cung cấp bản sao đơn yêu cầu cho bất kỳ ai ngoại trừ tòa án.

**6 Điều gì sẽ xảy ra sau khi tôi đệ đơn?**

Sau khi đơn yêu cầu theo Đạo Luật CARE được đệ trình, tòa án sẽ nhanh chóng xem xét đơn và các tài liệu hỗ trợ để xác định xem các tài liệu đó có chứng minh được bị đơn đáp ứng hoặc có thể đáp ứng các yêu cầu được mô tả phía trên hay không. Sau đó tòa án sẽ thực hiện một trong các hành động sau:

- Bác bỏ đơn yêu cầu.** Tòa án sẽ thực hiện thao tác này nếu nhận thấy (1) đơn yêu cầu không cho thấy bị đơn đáp ứng hoặc có thể đáp ứng các yêu cầu về tư cách đủ điều kiện của Đạo Luật CARE hoặc (2) bị đơn tự nguyện làm việc với cơ quan của hạt, sự can thiệp của hạt có hiệu quả và bị đơn đã đăng ký hoặc có khả năng đăng ký điều trị tự nguyện thông qua hạt hoặc nhà cung cấp khác.
- Lệnh đệ trình báo cáo.** Nếu tòa án nhận thấy đơn yêu cầu nêu rõ bị đơn đáp ứng hoặc có thể đáp ứng các tiêu chí của quá trình tiến hành Đạo Luật CARE, tòa án sẽ ra lệnh cho một cơ quan của hạt tiếp nhận bị đơn và nộp báo cáo bằng văn bản cho tòa án trong vòng 14 ngày làm việc. Quý vị và bị đơn sẽ được thông báo về lệnh đệ trình báo cáo.
- Tổ chức phiên tòa đầu tiên** Tòa án sẽ tổ chức phiên tòa đầu tiên nếu nhận thấy báo cáo từ cơ quan của hạt hỗ trợ thêm nội dung của đơn yêu cầu là bị đơn đáp ứng hoặc có thể đáp ứng các yêu cầu về tư cách đủ điều kiện của Đạo Luật CARE và sự can thiệp của hạt không có hiệu quả. Tòa án cũng sẽ lệnh cho hạt gửi thông báo về phiên tòa cho quý vị, bị đơn, luật sư được chỉ định của bị đơn và cơ quan sức khỏe hành vi của hạt.

**Lưu ý:** Các thủ tục sẽ có chút khác biệt nếu cơ quan sức khỏe hành vi của hạt là nguyên đơn.

**7 Điều gì xảy ra ở phiên tòa đầu tiên?**

Quý vị, nguyên đơn, phải có mặt tại phiên tòa đầu tiên, nếu không tòa án có thể bác bỏ đơn yêu cầu. Quý vị sẽ nhận được thông báo qua đường bưu điện về ngày, giờ và địa điểm diễn ra phiên tòa.

**Lưu ý:** Ở phiên tòa đầu tiên, giám đốc cơ quan sức khỏe hành vi của hạt, hoặc người được giám đốc chỉ định, sẽ thay quý vị đảm nhận vị trí nguyên đơn.

### 8 Nguyên đơn có những quyền nào?

Nếu quý vị sống với bị đơn, là vợ/chồng hoặc bạn đời chung sống hợp pháp, cha mẹ, anh chị em, con hoặc ông bà của bị đơn, hoặc người thay thế vai trò của cha mẹ bị đơn, quý vị có quyền tham gia phiên tòa để xác định tính xác đáng của đơn yêu cầu. Tòa án có thể, tùy theo quyết định của tòa, trao cho quý vị quyền nhận thông báo dài hạn. Nếu bị đơn đồng ý, tòa án có thể cho phép quý vị tham gia vào phần còn lại của thủ tục tố tụng theo Đạo Luật CARE.

Nếu vụ việc bị bác bỏ và có sự thay đổi về hoàn cảnh sau đó, quý vị có thể nộp đơn yêu cầu mới lên tòa án.

Nếu quý vị là một nguyên đơn không thuộc những đối tượng được liệt kê phía trên, quý vị có quyền đưa ra tuyên bố tại phiên tòa về tính xác đáng của đơn yêu cầu, nhưng quý vị sẽ không được trao các quyền dài hạn.

### 9 Đương sự ác ý là gì?

Tòa án có thể xác định một người là đương sự ác ý nếu người đó nộp nhiều hơn một đơn yêu cầu theo Đạo Luật CARE mà không có cơ sở về sự thật hay tính thực tế, hoặc có ý định quấy rối hay làm phiền bị đơn. Một người được xem là đương sự ác ý có thể bị đưa vào danh sách các đương sự ác ý do Hội đồng Tư pháp biên soạn và lưu trữ. Tòa án có thể ban hành lệnh ngăn đương sự ác ý nộp bất kỳ đơn yêu cầu mới nào, bao gồm các loại vụ việc khác (không chỉ các đơn yêu cầu theo Đạo Luật CARE), mà không cần xin phép thẩm phán. Nếu lệnh này được ban hành, đương sự ác ý không tuân theo lệnh có thể bị trừng phạt vì tội khinh thường tòa án và có thể dẫn đến bị phạt tiền hoặc phạt tù.

### 10 Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi không nói được tiếng Anh?

Khi quý vị nộp các giấy tờ, hãy hỏi lục sự xem có thông dịch viên tòa án hay không. Quý vị cũng có thể sử dụng *Yêu Cầu Cung Cấp Thông Dịch Viên (Dân Sự)* (mẫu [INT-300](#)), hoặc mẫu hoặc trang web của tòa án địa phương để yêu cầu thông dịch viên. Để biết thêm thông tin về thông dịch viên tòa án, hãy truy cập <https://selfhelp.courts.ca.gov/request-interpreter>.

### 11 Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi bị khuyết tật?

Nếu quý vị khuyết tật và cần được hỗ trợ trong thời gian hầu tòa, quý vị có thể sử dụng mẫu *Yêu Cầu Hỗ Trợ dành cho Người Khuyết Tật* (mẫu [MC-410](#)) để tạo yêu cầu. Quý vị cũng có thể yêu cầu trợ giúp từ Điều Phối Viên ADA tại tòa án của quý vị. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo *Cách Yêu Cầu Hỗ Trợ dành cho Người Khuyết Tật tại Tòa Án* (mẫu [MC-410-INFO](#)) hoặc truy cập <https://selfhelp.courts.ca.gov/jcc-form/MC-410>.



# BẢO MẬT

CARE-100 V

LUẬT SƯ HOẶC NGUYÊN ĐƠN KHÔNG CÓ LUẬT SƯ TÊN: TÊN CÔNG TY: ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG: THÀNH PHỐ: SỐ ĐIỆN THOẠI: ĐỊA CHỈ EMAIL: LUẬT SƯ CHO (tên):	SỐ LUẬT SƯ ĐOÀN TIỂU BANG:  TIỂU BANG: MÃ VÙNG:  SỐ FAX:	DÀNH RIÊNG CHO TÒA  <b>Chỉ nhằm mục đích thông tin Không nộp lên tòa</b>
<b>TÒA THƯỢNG THẨM CALIFORNIA, QUẬN</b> ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG: ĐỊA CHỈ GỬI THƯ: THÀNH PHỐ VÀ SỐ ZIP: TÊN CHI NHÁNH:		
THỦ TỤC TỔ TỤNG THEO ĐẠO LUẬT CARE CHO (tên):		SỐ VỤ: <b>Không nộp lên tòa</b>
<b>ĐƠN YÊU CẦU TIẾN HÀNH THỦ TỤC TỔ TỤNG THEO ĐẠO LUẬT CARE</b>		
Để biết thông tin về việc hoàn thiện biểu mẫu này, hãy tham khảo <i>Thông Tin Dành Cho Nguyên Đơn – Về Đạo Luật CARE</i> (mẫu CARE-050-INFO).		

1. Nguyên đơn (tên):

từ 18 tuổi trở lên và (đánh dấu tất cả các mục phù hợp):

- a.  Người sống cùng bị đơn.
- b.  Vợ/chồng hoặc bạn đời chung sống hợp pháp, cha mẹ, anh/chị/em, con cái hoặc ông bà của bị đơn.
- c.  Người thay thế vai trò của cha mẹ bị đơn.
- d.  Giám đốc\* bệnh viện nơi bị đơn nhập viện.
- e.  Giám đốc\* của một tổ chức công hoặc tổ chức từ thiện, cơ quan hoặc nhà ở
- (1)  đã hoặc đang cung cấp các dịch vụ sức khỏe hành vi cho bị đơn trong vòng 30 ngày qua; hoặc
- (2)  có tổ chức mà bị đơn đang cư trú.
- f.  Chuyên gia sức khỏe hành vi được cấp phép\* đã hoặc đang điều trị hoặc giám sát quá trình điều trị của bị đơn trong vòng 30 ngày qua.
- g.  Lực lượng phản ứng nhanh, bao gồm nhân viên bảo đảm trật tự trị an, lính cứu hỏa, nhân viên y tế, kỹ thuật viên y tế khẩn cấp, nhân viên ứng phó khủng hoảng lưu động hoặc nhân viên tiếp cận người vô gia cư đã tương tác nhiều lần với bị đơn.
- h.  Người giám hộ công\* hoặc người bảo hộ công\* của hạt có tên ở trên hoặc người bảo hộ tư được tòa án giới thiệu theo mục 5978 của Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế.
- i.  Giám đốc\* cơ quan sức khỏe hành vi của hạt có tên ở trên.
- j.  Giám đốc\* dịch vụ bảo vệ người lớn của hạt có tên ở trên.
- k.  Giám đốc\* chương trình dịch vụ y tế cho người da đỏ ở California hoặc bộ phận chăm sóc sức khỏe hành vi cho bộ lạc ở California.
- l.  Thẩm phán tòa án bộ lạc California.\*
- m.  Bị đơn.

\* Người này có thể chỉ định người khác thay mặt mình nộp đơn. Nếu nguyên đơn là người được chỉ định, hãy đánh dấu danh mục này và điền tên người được chỉ định vào mục 1 ở trên.

2. a. Nguyên đơn yêu cầu tòa án xác định rằng bị đơn (tên):

đủ điều kiện tham gia vào quá trình tiến hành Đạo Luật CARE và bắt đầu thủ tục tố tụng theo Đạo Luật CARE cho bị đơn.

b. Mọi quan hệ của nguyên đơn với bị đơn (ghi rõ và mô tả mối quan hệ):

# BẢO MẬT

CARE-100 V

THỦ TỤC TỐ TỤNG THEO ĐẠO LUẬT CARE CHO (tên):	SỐ VỤ:
BỊ ĐƠN	Không nộp lên tòa

2. c.  Tương tác của nguyên đơn với bị đơn (nếu nguyên đơn được chỉ định trong 1d, 1e, 1f hoặc 1g, hãy ghi rõ số lần tương tác với bị đơn và ngày tương tác gần nhất, đồng thời mô tả bản chất và kết quả của mỗi lần tương tác):

Nếu quý vị cần thêm khoảng trống, vui lòng viết vào một tờ giấy riêng và ghi nhãn là Phụ Đính 2c.

3. Nguyên đơn sinh sống hoặc được tìm thấy lần cuối tại (cung cấp địa chỉ cư trú của nguyên đơn, nếu biết và có tồn tại địa chỉ đó; nếu không, hãy nêu rõ rằng địa chỉ không xác định và cung cấp vị trí xác định cuối cùng cũng như mọi thông tin liên lạc bổ sung như số điện thoại, bao gồm cả việc liệu số điện thoại có thể nhận tin nhắn hay không, hoặc địa chỉ email):

Nếu quý vị cần thêm khoảng trống, vui lòng viết vào một tờ giấy riêng và ghi nhãn là Phụ Đính 3.

4. Bị đơn (đánh dấu tất cả các mục phù hợp):

- a.  Là cư dân của hạt có tên ở trên.
- b.  Hiện sống tại hạt có tên ở trên.
- c.  Là bị cáo hoặc bị đơn trong vụ án tố tụng hình sự hoặc dân sự đang chờ xử lý tại tòa thượng thẩm của hạt có tên ở trên.
- d.  Là cư dân của (ghi rõ hạt nếu biết và khác với hạt có tên ở trên):

5. Bị đơn đáp ứng từng yêu cầu sau đây và đủ điều kiện tham gia vào quá trình tiến hành Đạo Luật CARE cũng như nhận các dịch vụ và hỗ trợ theo thỏa thuận CARE hoặc chương trình CARE (cung cấp thông tin bên dưới để hỗ trợ từng yêu cầu):

- a. Bị đơn từ 18 tuổi trở lên. Ngày sinh (nếu biết):  
Tuổi tính bằng năm (nếu không biết tuổi chính xác, hãy cho biết tuổi gần đúng):
- b. Bị đơn được chẩn đoán mắc chứng rối loạn phổ tâm thần phân liệt hoặc rối loạn loạn thần khác cùng mức độ, được định nghĩa trong Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê các chứng Rối loạn Tâm thần hiện hành. Nội dung chẩn đoán và thông tin bổ sung được đưa ra
  - trong Tờ Khai Sức Khỏe Tâm Thần – Thủ Tục Tố Tụng Theo Đạo Luật CARE (mẫu CARE-101), được đính kèm dưới dạng Phụ Đính 6a.
  - trong các tài liệu riêng biệt, được đính kèm và ghi nhãn là Phụ Đính 5b.
  - bên dưới.

# BẢO MẬT

CARE-100 V

THỦ TỤC TỐ TỤNG THEO ĐẠO LUẬT CARE CHO (tên):	SỐ VỤ: <b>Không nộp lên tòa</b>
BỊ ĐƠN	

5. c. Bị đơn hiện đang mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng, theo định nghĩa trong mục 5600.3(b)(2) của Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế, trong đó bệnh này:

- (1) Ở mức độ nghiêm trọng và trong thời gian dài;
- (2) Có thể gây ra hành vi cản trở nghiêm trọng đến các hoạt động chính trong cuộc sống hàng ngày của bị đơn; **và**
- (3) Có thể dẫn đến việc bị đơn mất năng lực duy trì khả năng điều chỉnh ổn định và hoạt động độc lập nếu không được điều trị, hỗ trợ và phục hồi chức năng trong một khoảng thời gian dài hoặc vô thời hạn.

Thông tin hỗ trợ về mức độ nghiêm trọng, thời gian và rủi ro khi mắc chứng rối loạn của bị đơn được đưa ra

trong *Tờ Khai Sức Khỏe Tâm Thần – Thủ Tục Tố Tụng Theo Đạo Luật CARE* (mẫu CARE-101), được đính kèm dưới dạng Phụ Đính 6a.

trong các tài liệu riêng biệt, được đính kèm và ghi nhãn là Phụ Đính 5c.

bên dưới.

d. Bị đơn hiện không ổn định trong quá trình điều trị tự nguyện đang diễn ra. Mức độ ổn định và quá trình điều trị hiện tại của bị đơn được mô tả

trong *Tờ Khai Sức Khỏe Tâm Thần – Thủ Tục Tố Tụng Theo Đạo Luật CARE* (mẫu CARE-101), được đính kèm dưới dạng Phụ Đính 6a.

trong các tài liệu riêng biệt, được đính kèm và ghi nhãn là Phụ Đính 5d.

bên dưới.

# BẢO MẬT

CARE-100 V

THỦ TỤC TỐ TỤNG THEO ĐẠO LUẬT CARE CHO (tên):	SỐ VỤ:
BỊ ĐƠN	Không nộp lên tòa

5. e. Ít nhất một trong những mục này là đúng (*hoàn thành (1) hoặc (2) hoặc cả hai*):

- (1)  Bị đơn khó có thể sinh tồn an toàn trong cộng đồng nếu không có sự giám sát và tình trạng bệnh diễn tiến theo chiều hướng xấu đi. Lý do khiến bị đơn khó có thể sinh tồn an toàn trong cộng đồng, hình thức giám sát mà bị đơn cần để sinh tồn an toàn và mức độ chuyển biến xấu về tình trạng thể chất hoặc tinh thần của bị đơn trong thời gian gần đây được mô tả
- trong *Tờ Khai Sức Khỏe Tâm Thần – Thủ Tục Tố Tụng Theo Đạo Luật CARE* (mẫu CARE-101), được đính kèm dưới dạng Phụ Đính 6a.
- trong các tài liệu riêng biệt, được đính kèm và ghi nhãn là Phụ Đính 5e(1).
- bên dưới.

- (2)  Bị đơn cần các dịch vụ và hỗ trợ để ngăn chặn tình trạng tái phát hoặc tình trạng xấu đi, có khả năng dẫn đến khuyết tật trầm trọng hoặc gây tổn hại nghiêm trọng cho bị đơn hoặc những người khác. Các dịch vụ và hỗ trợ cần thiết cho bị đơn cũng như lý do khiến bị đơn bị khuyết tật trầm trọng hoặc có nguy cơ gây tổn hại cho bản thân hoặc những người khác được mô tả
- trong *Tờ Khai Sức Khỏe Tâm Thần – Thủ Tục Tố Tụng Theo Đạo Luật CARE* (mẫu CARE-101), được đính kèm dưới dạng Phụ Đính 6a.
- trong các tài liệu riêng biệt, được đính kèm và ghi nhãn là Phụ Đính 5e(2).
- bên dưới.

THỦ TỤC TỔ TỤNG THEO ĐẠO LUẬT CARE CHO (tên):	SỐ VỤ:
BỊ ĐƠN	Không nộp lên tòa

5. f. Việc tham gia vào chương trình CARE hoặc thỏa thuận CARE sẽ là giải pháp thay thế ít hạn chế nhất cần thiết để đảm bảo quá trình hồi phục và khả năng ổn định của bị đơn. Mô tả kế hoạch điều trị thay thế hiện có và giải thích lý do tại sao không có kế hoạch điều trị thay thế nào ít hạn chế quyền tự do của bị đơn hơn trong khi vẫn đảm bảo quá trình hồi phục và khả năng ổn định của bị đơn được đưa ra

- trong *Tờ Khai Sức Khỏe Tâm Thần – Thủ Tục Tố Tụng Theo Đạo Luật CARE* (mẫu CARE-101), được đính kèm dưới dạng Phụ Đính 6a.
- trong các tài liệu riêng biệt, được đính kèm và ghi nhãn là Phụ Đính 5f.
- bên dưới.

g. Bị đơn có thể hưởng lợi từ việc tham gia vào chương trình CARE hoặc thỏa thuận CARE. Lý do hỗ trợ cho khẳng định này được đưa ra

- trong *Tờ Khai Sức Khỏe Tâm Thần – Thủ Tục Tố Tụng Theo Đạo Luật CARE* (mẫu CARE-101), được đính kèm dưới dạng Phụ Đính 6a.
- trong các tài liệu riêng biệt, được đính kèm và ghi nhãn là Phụ Đính 5g.
- bên dưới.

## 6. Tài liệu cần thiết

Bằng chứng mô tả dưới đây được đính kèm để hỗ trợ cho đơn yêu cầu này. (Đính kèm các tài liệu được liệt kê trong a hoặc b hoặc cả hai và đánh dấu vào ô bên cạnh nội dung mô tả của từng tài liệu hoặc bộ tài liệu được đính kèm).

- a.  Một *Tờ Khai Sức Khỏe Tâm Thần – Thủ Tục Tố Tụng Theo Đạo Luật CARE* đã điền đầy đủ thông tin (mẫu CARE-101), tờ khai của chuyên gia sức khỏe hành vi được cấp phép nêu rõ không quá 60 ngày trước khi nộp đơn này, chuyên gia hoặc người được chuyên gia chỉ định
- (1)  đã khám bệnh cho bị đơn và xác định bị đơn đáp ứng các tiêu chí chẩn đoán về tư cách đủ điều kiện tham gia thủ tục tố tụng theo Đạo Luật CARE; hoặc
- (2)  đã nhiều lần cố gắng khám bệnh cho bị đơn nhưng không nhận được sự hợp tác của bị đơn và có lý do, được giải thích cụ thể, để tin rằng bị đơn đáp ứng các tiêu chí chẩn đoán về tư cách đủ điều kiện tham gia thủ tục tố tụng theo Đạo Luật CARE.

Đính kèm *Tờ Khai Sức Khỏe Tâm Thần – Thủ Tục Tố Tụng Theo Đạo Luật CARE* (mẫu CARE-101) và ghi nhãn là Phụ Đính 6a.

# BẢO MẬT

CARE-100 V

THỦ TỤC TỔ TỤNG THEO ĐẠO LUẬT CARE CHO (tên):	SỐ VỤ:
BỊ ĐƠN	Không nộp lên tòa

6. b.  Bằng chứng cho thấy bị đơn đã bị giam giữ trong ít nhất hai giai đoạn điều trị tích cực, giai đoạn gần đây nhất trong vòng 60 ngày qua. Ví dụ về bằng chứng: bản sao giấy chứng nhận điều trị tích cực, lời khai của nhân chứng về quá trình điều trị tích cực hoặc các tài liệu khác cho thấy việc giam giữ không tự nguyện và chứng nhận điều trị tích cực trong tối đa 14 ngày. (Đính kèm tất cả các tài liệu hỗ trợ và ghi nhãn từng tài liệu theo thứ tự là Phụ Đính 6b1, 6b2, 6b3, v.v.)

**Lưu ý:** Vì các mục đích của Đạo Luật CARE, “điều trị tích cực” chỉ bao gồm điều trị không tự nguyện được quy định tại mục 5250 của Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế. Khái niệm này **không** đề cập đến liệu pháp do bất kỳ bộ luật nào khác cho phép, bao gồm nhưng không giới hạn ở các mục 5150, 5260 và 5270.15 của Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế.

## Thông tin không bắt buộc

### 7. Liên kết bộ lạc

- a.  Bị đơn là thành viên đã đăng ký của một bộ lạc người da đỏ được liên bang công nhận.  
Tên và địa chỉ gửi thư của bộ lạc:

- b.  Bị đơn đang nhận các dịch vụ từ chương trình dịch vụ y tế cho người da đỏ ở California, bộ phận chăm sóc sức khỏe hành vi cho bộ lạc ở California hoặc tòa án bộ lạc California.  
Tên và địa chỉ gửi thư của chương trình, bộ phận hoặc tòa án:

### 8. Đơn yêu cầu này dựa trên giới thiệu từ một thủ tục tố tụng khác của tòa án.

- a. Tòa án, bộ phận và viên chức tư pháp:

#### b. Số vụ:

#### c. Loại thủ tục tố tụng mà bị đơn được giới thiệu:

- (1)  Thẩm quyền xét xử tội nhỏ trong phiên tòa (Pen. Code, § 1370.01)  
(2)  Điều trị ngoại trú được hỗ trợ (Welf. & Inst. Code, §§ 5346–5348)  
(3)  Quyền bảo hộ theo Đạo Luật Lanterman–Petris–Short (Welf. & Inst. Code, §§ 5350–5372)  
 Lệnh của tòa án được đính kèm và ghi nhãn là Phụ Đính 8 (không bắt buộc).

### 9. Đánh dấu bất kỳ tuyên bố nào sau đây là đúng:

- a.  Bị đơn cần dịch vụ thông dịch hoặc chỗ ở (ghi rõ):  
b.  Bị đơn thuộc thẩm quyền của tòa án vị thành niên (ghi rõ tên tòa án):  
c.  Bị đơn hiện đang thuộc phạm vi bảo hộ (ghi rõ tên tòa án):  
d.  Bị đơn được tổng đạt bởi một Trung Tâm Khu Vực (ghi rõ tên):  
e.  Bị đơn hiện là thành viên hoặc cựu thành viên của các dịch vụ vũ trang hoặc dự bị của tiểu bang hoặc liên bang (ghi rõ quân chủng):

### 10. Số trang đính kèm: \_\_\_\_\_

Ngày:

_____	▶ Không nộp lên tòa
(ĐÁNH MÁY HOẶC VIẾT TÊN LUẬT SƯ THEO KIỂU CHỮ IN)	(CHỮ KÝ CỦA LUẬT SƯ)

Tôi tuyên khai và sẵn sàng chịu phạt theo luật Tiểu Bang California nếu khai man rằng phần trên là thật và đúng.

Ngày:

_____	▶ Không nộp lên tòa
(ĐÁNH MÁY HOẶC VIẾT TÊN NGUYÊN ĐƠN THEO KIỂU CHỮ IN)	(CHỮ KÝ CỦA NGUYÊN ĐƠN)

ATTORNEY OR PETITIONER WITHOUT ATTORNEY NAME: FIRM NAME: STREET ADDRESS: CITY: TELEPHONE NO.: EMAIL ADDRESS: ATTORNEY FOR (name):	STATE BAR NUMBER:  STATE: ZIP CODE: FAX NO.:	<b>FOR COURT USE ONLY</b>
<b>SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA, COUNTY OF</b> STREET ADDRESS: MAILING ADDRESS: CITY AND ZIP CODE: BRANCH NAME:		
CARE ACT PROCEEDINGS FOR (name):		
RESPONDENT		
<b>PETITION TO COMMENCE CARE ACT PROCEEDINGS</b>		CASE NUMBER:
For information on completing this form, see <i>Information for Petitioners—About the CARE Act</i> ( <a href="#">form CARE-050-INFO</a> ).		

1. Petitioner (name):  
is 18 years of age or older and (check all that apply):
  - a.  A person who lives with respondent.
  - b.  A spouse or registered domestic partner, parent, sibling, child, or grandparent of respondent.
  - c.  A person who stands in the place of a parent to respondent.
  - d.  The director\* of a hospital in which respondent is hospitalized.
  - e.  The director\* of a public or charitable organization, agency, or home
    - (1)  who is or has been, within the past 30 days, providing behavioral health services to respondent; or
    - (2)  in whose institution respondent resides.
  - f.  A licensed behavioral health professional\* who is or has been, within the past 30 days, treating or supervising the treatment of respondent.
  - g.  A first responder, including a peace officer, firefighter, paramedic, emergency medical technician, mobile crisis response worker, or homeless outreach worker who has had repeated interactions with respondent.
  - h.  The public guardian\* or public conservator\* of the county named above or a private conservator referred by the court under Welfare and Institutions Code section 5978.
  - i.  The director\* of the county behavioral health agency of the county named above.
  - j.  The director\* of adult protective services of the county named above.
  - k.  The director\* of a California Indian health services program or a California tribal behavioral health department.
  - l.  A California tribal court judge.\*
  - m.  Respondent.

\* This person may designate someone else to file the petition on their behalf. If the petitioner is a designee, check this category and put designee's name in item 1, above.
2. a. Petitioner asks the court to find that respondent (name):  
is eligible to participate in the CARE Act process and to commence CARE Act proceedings for respondent.
- b. Petitioner's relationship to respondent (specify and describe relationship):

# CONFIDENTIAL

CARE-100

CARE ACT PROCEEDINGS FOR <i>(name)</i> :	CASE NUMBER:
RESPONDENT	

2. c.  Petitioner's interactions with respondent *(if petitioner is specified in 1d, 1e, 1f, or 1g, specify the number of interactions with respondent and the date of the most recent interaction, and describe the nature and outcome of each interaction):*

If you need additional space, please include on a separate piece of paper and label as Attachment 2c.

3. Respondent lives or was last found at *(give respondent's residential address, if known and one exists; otherwise, state that the address is unknown and provide the last known location and any additional contact information, such as a phone number, including whether the number can receive texts, or an email address):*

If you need additional space, please include on a separate piece of paper and label as Attachment 3.

4. Respondent *(check all that apply)*:

- a.  Is a resident of the county named above.
- b.  Is currently located in the county named above.
- c.  Is a defendant or respondent in a criminal or civil proceeding pending in the superior court of the county named above.
- d.  Is a resident of *(specify county if known and different from the county named above)*:

5. Respondent meets each of the following requirements and is eligible to participate in the CARE Act process and receive services and support under a CARE agreement or CARE plan *(provide information below to support each requirement)*:

- a. Respondent is 18 years of age or older.      Date of birth *(if known)*:  
Age in years *(if exact age not known, give approximate age)*:
- b. Respondent has a diagnosis of a schizophrenia spectrum disorder or another psychotic disorder in the same class, as defined in the current *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Diagnosis and additional information are provided
  - on *Mental Health Declaration—CARE Act Proceedings* (form CARE-101), attached as Attachment 6a.
  - on separate documents, attached and labeled as Attachment 5b.
  - below.



# CONFIDENTIAL

CARE-100

CARE ACT PROCEEDINGS FOR (name):	CASE NUMBER:
RESPONDENT	

5. c. Respondent is currently experiencing a severe mental illness, as defined in Welfare and Institutions Code section 5600.3(b)(2), in that the illness:
- (1) Is severe in degree and persistent in duration;
  - (2) May cause behavior that interferes substantially with respondent's primary activities of daily living; **and**
  - (3) May result in respondent's inability to maintain stable adjustment and independent functioning without treatment, support, and rehabilitation for a long or indefinite period.
- Supporting information regarding the severity, duration, and risks of respondent's disorder is provided
- on *Mental Health Declaration—CARE Act Proceedings* (form CARE-101), attached as Attachment 6a.
- on separate documents, attached and labeled as Attachment 5c.
- below.

- d. Respondent is not currently stabilized in ongoing voluntary treatment. Respondent's current stability and treatment are described
- on *Mental Health Declaration—CARE Act Proceedings* (form CARE-101), attached as Attachment 6a.
- on separate documents, attached and labeled as Attachment 5d.
- below.

# CONFIDENTIAL

CARE-100

CARE ACT PROCEEDINGS FOR (name):	CASE NUMBER:
RESPONDENT	

5. e. At least one of these is true (*complete (1) or (2) or both*):

- (1)  Respondent is unlikely to survive safely in the community without supervision **and** respondent's condition is substantially deteriorating. Reasons that respondent is unlikely to survive safely in the community, the type of supervision respondent would need to survive safely, and the extent to which respondent's physical or mental condition has recently grown worse are described
- on *Mental Health Declaration—CARE Act Proceedings* (form CARE-101), attached as Attachment 6a.
- on separate documents, attached and labeled Attachment 5e(1).
- below.

- (2)  Respondent needs services and supports to prevent a relapse or deterioration that would be likely to lead to grave disability or serious harm to respondent or others. The services and supports needed by respondent and the reasons respondent would become gravely disabled or present a risk of harm to self or others are described
- on *Mental Health Declaration—CARE Act Proceedings* (form CARE-101), attached as Attachment 6a.
- on separate documents, attached and labeled Attachment 5e(2).
- below.

# CONFIDENTIAL

CARE-100

CARE ACT PROCEEDINGS FOR (name):	CASE NUMBER:
RESPONDENT	

5. f. Participation in a CARE plan or CARE agreement would be the least restrictive alternative necessary to ensure respondent's recovery and stability. A description of available alternative treatment plans and an explanation why no alternative treatment plan that would be less restrictive of respondent's liberty could ensure respondent's recovery and stability are provided

- on *Mental Health Declaration—CARE Act Proceedings* (form CARE-101), attached as Attachment 6a.
- on separate documents, attached and labeled Attachment 5f.
- below.

g. Respondent is likely to benefit from participation in a CARE plan or CARE agreement. Reasons in support of this assertion are provided

- on *Mental Health Declaration—CARE Act Proceedings* (form CARE-101), attached as Attachment 6a.
- on separate documents, attached and labeled Attachment 5g.
- below.

## 6. Required Documentation

The evidence described below is attached in support of this petition. (*Attach the documents listed in a or b, or both, and check the box next to the description of each document or set of documents attached.*)

- a.  A completed *Mental Health Declaration—CARE Act Proceeding* (form CARE-101), the declaration of a licensed behavioral health professional stating that, no more than 60 days before this petition was filed, the professional or a person designated by them
  - (1)  examined respondent and determined that respondent met the diagnostic criteria for eligibility to participate in the CARE Act proceedings; or
  - (2)  made multiple attempts to examine respondent but was not successful in obtaining respondent's cooperation and has reasons, explained with specificity, to believe that respondent meets the diagnostic criteria for eligibility to participate in CARE Act proceedings.

Attach *Mental Health Declaration—CARE Act Proceedings* (form CARE-101) and label it Attachment 6a.

# CONFIDENTIAL

CARE-100

CARE ACT PROCEEDINGS FOR (name):   RESPONDENT	CASE NUMBER:   
--	--------------------------

6. b.  Evidence that respondent was detained for at least two periods of intensive treatment, the most recent period within the past 60 days. Examples of evidence: a copy of the certification of intensive treatment, a declaration from a witness to the intensive treatment, or other documentation indicating involuntary detention and certification for up to 14 days of intensive treatment. *(Attach all supporting documents and label each, in order, Attachment 6b1, 6b2, 6b3, etc.)*

**Note:** For purposes of the CARE Act, "intensive treatment" refers to involuntary treatment authorized by Welfare and Institutions Code section 5250. It does **not** refer to treatment authorized by any other statutes, including but not limited to Welfare and Institutions Code sections 5150, 5260, and 5270.15.

## Optional information

### 7. Tribal affiliation

- a.  Respondent is an enrolled member of a federally recognized Indian tribe.  
Tribe's name and mailing address:

- b.  Respondent is receiving services from a California Indian health services program, a California tribal behavioral health department, or a California tribal court.  
Name and mailing address of program, department, or court:

8.  This petition is based on a referral from another court proceeding.

a. Court, department, and judicial officer:

b. Case number:

c. Type of proceeding from which respondent was referred:

- (1)  Misdemeanor competence to stand trial (Penal Code, § 1370.01)  
(2)  Assisted outpatient treatment (Welf. & Inst. Code, §§ 5346–5348)  
(3)  Lanterman-Petris-Short Act conservatorship (Welf. & Inst. Code, §§ 5350–5372)  
 Court order attached and labeled as Attachment 8 (optional).

### 9. Check any of the following statements that is true:

- a.  Respondent needs interpreter services or an accommodation *(specify)*:
- b.  Respondent is under juvenile court jurisdiction *(specify which court)*:
- c.  Respondent is currently under conservatorship *(specify which court)*:
- d.  Respondent is served by a Regional Center *(specify which)*:
- e.  Respondent is a current or former member of the state or federal armed services or reserves *(specify which branch)*:

10. Number of pages attached: \_\_\_\_\_

Date:

\_\_\_\_\_  
(TYPE OR PRINT NAME OF ATTORNEY)

▶ \_\_\_\_\_  
(SIGNATURE OF ATTORNEY)

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

Date:

\_\_\_\_\_  
(TYPE OR PRINT NAME OF PETITIONER)

▶ \_\_\_\_\_  
(SIGNATURE OF PETITIONER)

SHORT TITLE:  	CASE NUMBER:  
----------------------	----------------------

**ATTACHMENT** (Number): \_\_\_\_\_

*(This Attachment may be used with any Judicial Council form.)*

*(If the item that this Attachment concerns is made under penalty of perjury, all statements in this Attachment are made under penalty of perjury.)*

Page \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_

*(Add pages as required)*

# BẢO MẬT

CARE-101 V

LUẬT SƯ HOẶC BÊN KHÔNG CÓ LUẬT SƯ TÊN: TÊN CÔNG TY: ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG: THÀNH PHỐ: SỐ ĐIỆN THOẠI: ĐỊA CHỈ EMAIL: LUẬT SƯ CHO (tên):	SỐ LUẬT SƯ ĐOÀN TIỂU BANG:  TIỂU BANG: MÃ VÙNG:  SỐ FAX:	DÀNH RIÊNG CHO TÒA  <b>Chỉ nhằm mục đích thông tin Không nộp lên tòa</b>
<b>TÒA THƯỢNG THẨM CALIFORNIA, QUẬN</b> ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG: ĐỊA CHỈ GỬI THƯ: THÀNH PHỐ VÀ SỐ ZIP: TÊN CHI NHÁNH:		
THỦ TỤC TỔ TỤNG THEO ĐẠO LUẬT CARE CHO (tên):		
BỊ ĐƠN		SỐ VỤ: <b>Không nộp lên tòa</b>
<b>TỜ KHAI SỨC KHỎE TÂM THẦN – THỦ TỤC TỔ TỤNG THEO ĐẠO LUẬT CARE</b>		

## ĐẾN CHUYÊN GIA SỨC KHỎE HÀNH VI ĐƯỢC CẤP PHÉP

Mẫu này sẽ được dùng để giúp tòa xác định liệu bị đơn có đáp ứng các tiêu chí chẩn đoán cho thủ tục tố tụng theo Đạo Luật CARE không.

### THÔNG TIN CHUNG

- Tên người khai:
- Địa chỉ văn phòng, số điện thoại và địa chỉ email:
- Trạng thái giấy phép (hoàn thành a hoặc b):**
  - Tôi là chuyên gia sức khỏe hành vi được cấp phép và việc tiến hành khám bệnh theo mô tả trong mẫu này nằm trong phạm vi giấy phép của tôi. Tôi có giấy phép hành nghề hợp lệ ở California với tư cách là (đánh dấu một mục):
    - bác sĩ.
    - nhà tâm lý học.
    - nhân viên công tác xã hội lâm sàng.
    - nhà trị liệu hôn nhân và gia đình.
    - cố vấn lâm sàng chuyên nghiệp.
  - Tôi đã được Cục Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tiểu Bang cho phép hủy bỏ quá trình cấp giấy phép theo mục 5751.2, Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế vì (đánh dấu một mục):
    - Tôi được tuyển dụng với tư cách là  nhà tâm lý học  nhân viên công tác xã hội lâm sàng tiếp tục làm việc ở vị trí có cùng trình độ chuyên môn kể từ ngày 1 tháng 1 năm 1979, trong cùng một chương trình hoặc cơ sở.
    - Tôi đã đăng ký với hội đồng cấp giấy phép của Cục Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tiểu Bang nhằm tích lũy kinh nghiệm cần thiết để được cấp giấy phép và được tuyển dụng hoặc làm việc theo hợp đồng nhằm cung cấp các dịch vụ sức khỏe tâm thần với tư cách là (đánh dấu một mục):
      - nhân viên công tác xã hội lâm sàng.
      - nhà trị liệu hôn nhân và gia đình.
      - cố vấn lâm sàng chuyên nghiệp.
    - Tôi được tuyển dụng hoặc làm việc theo hợp đồng nhằm cung cấp các dịch vụ sức khỏe tâm thần với tư cách là nhà tâm lý học đang tích lũy kinh nghiệm cần thiết để được cấp giấy phép.

Trang 1 / 4

# BẢO MẬT

CARE-101 V

THỦ TỤC TỔ TỤNG THEO ĐẠO LUẬT CARE CHO (tên):	SỐ VỤ:
BỊ ĐƠN	Không nộp lên tòa

3. b. (4)  Tôi đã được tuyển dụng để làm việc từ bên ngoài tiểu bang này và kinh nghiệm của tôi đủ để đăng ký tham gia kỳ thi cấp giấy phép ở California. Tôi được tuyển dụng hoặc làm việc theo hợp đồng để cung cấp các dịch vụ sức khỏe tâm thần với tư cách là (đánh dấu một mục):
- (a)  nhà tâm lý học.  
(b)  nhân viên công tác xã hội lâm sàng.  
(c)  nhà trị liệu hôn nhân và gia đình.  
(d)  cố vấn lâm sàng chuyên nghiệp.
4. Bị đơn (tên):  
 là  không phải là bệnh nhân được tôi chăm sóc và điều trị liên tục.

## KHÁM BỆNH HOẶC NHỮNG CỐ GẮNG KHI KHÁM BỆNH CHO BỊ ĐƠN

5. Hoàn thành một trong các mục sau: (phải hoàn thành cả a và b trong vòng 60 ngày kể từ ngày điền đơn yêu cầu theo Đạo Luật CARE)
- a.  Tôi đã khám bệnh cho bị đơn vào (ngày): (chuyển đến mục 7).  
b.  Vào các ngày sau: Tôi đã cố gắng khám bệnh cho bị đơn nhưng không thành công do thiếu sự hợp tác của bị đơn trong quá trình khám bệnh.
6. (Chỉ trả lời nếu đã đánh dấu mục 5b.) Giải thích chi tiết về thời gian, số lần cố gắng và các hình thức cố gắng đã thực hiện để khám bệnh cho bị đơn. Đồng thời diễn giải phản ứng của bị đơn trước những cố gắng đó và kết quả của mỗi lần cố gắng.
7. Dựa trên những thông tin sau, tôi có lý do để tin rằng bị đơn đáp ứng các tiêu chí chẩn đoán cho thủ tục tố tụng theo Đạo Luật CARE (phải đáp ứng từng yêu cầu sau đây để bị đơn đủ điều kiện tham gia thủ tục tố tụng theo Đạo Luật CARE):
- a. Bị đơn được chẩn đoán mắc chứng rối loạn phổ tâm thần phân liệt hoặc chứng rối loạn loạn thần khác cùng mức độ (cho biết tên chứng rối loạn cụ thể):

**Lưu ý:** Theo mục 5972 của Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế, chứng rối loạn loạn thần đủ điều kiện phải có bản chất chủ yếu là bệnh tâm thần và không phải do tình trạng bệnh lý như chấn thương sọ não, tự kỷ, sa sút trí tuệ hay tình trạng thần kinh. Một người hiện được chẩn đoán mắc chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện mà không đáp ứng các tiêu chí luật định khác, bao gồm chẩn đoán mắc chứng phổ tâm thần phân liệt hoặc chứng rối loạn loạn thần khác, thì không đủ điều kiện tham gia.

- b. Bị đơn đang mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng (tất cả các mục sau phải được hoàn thành):
- (1) Ở mức độ nghiêm trọng và trong thời gian dài (diễn giải chi tiết):

# BẢO MẬT

CARE-101 V

THỦ TỤC TỐ TỤNG THEO ĐẠO LUẬT CARE CHO (tên):	SỐ VỤ:
BỊ ĐƠN	Không nộp lên tòa

7. b. (2) Có thể gây ra hành vi cản trở nghiêm trọng đến các hoạt động chính trong cuộc sống hàng ngày (diễn giải chi tiết):

(3) Có thể dẫn đến việc bị đơn mất năng lực duy trì khả năng điều chỉnh ổn định và hoạt động độc lập nếu không được điều trị, hỗ trợ và phục hồi chức năng trong một khoảng thời gian dài hoặc vô thời hạn (diễn giải chi tiết):

c. Bị đơn không ổn định về mặt lâm sàng trong quá trình điều trị tự nguyện đang diễn ra (diễn giải chi tiết):

d. Ít nhất một trong những mục này là đúng (hoàn thành một hoặc cả hai mục sau):

(1)  Bị đơn khó có thể sinh tồn an toàn trong cộng đồng nếu không có sự giám sát và tình trạng bệnh diễn tiến theo chiều hướng xấu đi (diễn giải chi tiết):

(2)  Bị đơn cần các dịch vụ và hỗ trợ để ngăn chặn tình trạng tái phát hoặc tình trạng xấu đi, có khả năng dẫn đến khuyết tật trầm trọng hoặc gây tổn hại nghiêm trọng cho bị đơn hoặc những người khác (diễn giải chi tiết):



# BẢO MẬT

CARE-101 V

THỦ TỤC TỔ TỤNG THEO ĐẠO LUẬT CARE CHO (tên):	SỐ VỤ:
BỊ ĐƠN	Không nộp lên tòa

7. e. Việc tham gia vào chương trình CARE hoặc thỏa thuận CARE sẽ là giải pháp thay thế ít hạn chế nhất cần thiết để đảm bảo quá trình hồi phục và khả năng ổn định của bị đơn (diễn giải chi tiết):

f. Bị đơn có thể hưởng lợi từ việc tham gia vào chương trình CARE hoặc thỏa thuận CARE (diễn giải chi tiết):

8.  Thông tin bổ sung liên quan đến quá trình khám bệnh cho bị đơn  như sau  như trong Phụ Đính 8.

Tôi tuyên khai và sẵn sàng chịu phạt theo luật Tiểu Bang California nếu khai man rằng phần trên là thật và đúng.

Ngày:

\_\_\_\_\_  
(ĐÁNH MÁY HOẶC VIẾT TÊN NGƯỜI KHAI THEO KIỂU CHỮ IN)

▶ \_\_\_\_\_  
Không nộp lên tòa  
(CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI KHAI)

ATTORNEY OR PARTY WITHOUT ATTORNEY NAME: FIRM NAME: STREET ADDRESS: CITY: TELEPHONE NO.: EMAIL ADDRESS: ATTORNEY FOR (name):	STATE BAR NUMBER:  STATE: ZIP CODE: FAX NO.:	FOR COURT USE ONLY
SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA, COUNTY OF STREET ADDRESS: MAILING ADDRESS: CITY AND ZIP CODE: BRANCH NAME:		
CARE ACT PROCEEDINGS FOR (name):  RESPONDENT		
<b>MENTAL HEALTH DECLARATION—CARE ACT PROCEEDINGS</b>		CASE NUMBER:

**TO LICENSED BEHAVIORAL HEALTH PROFESSIONAL**  
This form will be used to help the court determine whether respondent meets the diagnostic criteria for CARE Act proceedings.

GENERAL INFORMATION

1. Declarant's name:
2. Office address, telephone number, and email address:
3. License status (complete either a or b):
  - a.  I am a licensed behavioral health professional and conducting the examination described on this form is within the scope of my license. I have a valid California license as a (check one):
    - (1)  physician.
    - (2)  psychologist.
    - (3)  clinical social worker.
    - (4)  marriage and family therapist.
    - (5)  professional clinical counselor.
  - b.  I have been granted a waiver of licensure by the State Department of Health Care Services under Welfare and Institutions Code section 5751.2 because (check one):
    - (1)  I am employed as a  psychologist  clinical social worker continuing my employment in the same class as of January 1, 1979, in the same program or facility.
    - (2)  I am registered with the licensing board of the State Department of Health Care Services for the purpose of acquiring the experience required for licensure and employed or under contract to provide mental health services as a (check one):
      - (a)  clinical social worker.
      - (b)  marriage and family therapist.
      - (c)  professional clinical counselor.
    - (3)  I am employed or under contract to provide mental health services as a psychologist who is gaining experience required for licensure.

CARE ACT PROCEEDINGS FOR <i>(name)</i> :	CASE NUMBER:
RESPONDENT	

3. b. (4)  I have been recruited for employment from outside this state, and my experience is sufficient to gain admission to a California licensing examination. I am employed or under contract to provide mental health services as a *(check one)*:
- (a)  psychologist.
  - (b)  clinical social worker.
  - (c)  marriage and family therapist.
  - (d)  professional clinical counselor.

4. Respondent *(name)*:  
 is  is not a patient under my continuing care and treatment.

**EXAMINATION OR ATTEMPTS MADE AT EXAMINATION OF RESPONDENT**

5. Complete one of the following: *(both a and b must be within 60 days of the filling of the CARE Act petition)*
- a.  I examined the respondent on *(date)*: *(proceed to item 7).*
  - b.  On the following dates: \_\_\_\_\_ I attempted to examine respondent but was unsuccessful due to respondent's lack of cooperation in submitting to an examination.
6. *(Answer only if 5b is checked.)* Explain in detail when, how many attempts, and the types of attempts that were made to examine respondent. Also explain respondent's response to those attempts and the outcome of each attempt.

7. Based on the following information, I have reason to believe respondent meets the diagnostic criteria for CARE Act proceedings *(each of the following requirements **must** be met for respondent to qualify for CARE Act proceedings)*:
- a. Respondent has a diagnosis of a schizophrenia spectrum disorder or another psychotic disorder in the same class *(indicate the specific disorder)*:

**Note:** Under Welfare and Institutions Code section 5972, a qualifying psychotic disorder must be primarily psychiatric in nature and not due to a medical condition such as a traumatic brain injury, autism, dementia, or a neurological condition. A person who has a current diagnosis of substance use disorder without also meeting the other statutory criteria, including a diagnosis of schizophrenia spectrum or other psychotic disorder, does not qualify.

- b. Respondent is experiencing a severe mental illness that *(all of the following must be completed)*:
  - (1) Is severe in degree and persistent in duration *(explain in detail)*:

CARE ACT PROCEEDINGS FOR (name):	CASE NUMBER:
RESPONDENT	

7. b. (2) May cause behavior that interferes substantially with the primary activities of daily living (*explain in detail*):

(3) May result in an inability to maintain stable adjustment and independent functioning without treatment, support, and rehabilitation for a long or indefinite period (*explain in detail*):

c. Respondent is not clinically stabilized in ongoing voluntary treatment (*explain in detail*):

d. At least one of these is true (*complete one or both of the following*):

(1)  Respondent is unlikely to survive safely in the community without supervision **and** respondent's condition is substantially deteriorating (*explain in detail*):

(2)  Respondent needs services and supports to prevent a relapse or deterioration that would likely result in grave disability or serious harm to respondent or others (*explain in detail*):

CARE ACT PROCEEDINGS FOR <i>(name)</i> :	CASE NUMBER:
RESPONDENT	

7. e. Participation in a CARE plan or CARE agreement would be the least restrictive alternative necessary to ensure respondent's recovery and stability (*explain in detail*):

f. Respondent is likely to benefit from participation in a CARE plan or CARE agreement (*explain in detail*):

8.  Additional information regarding my examination of respondent is  as follows  on Attachment 8.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

Date:

\_\_\_\_\_  
(TYPE OR PRINT DECLARANT'S NAME)

 \_\_\_\_\_  
(SIGNATURE OF DECLARANT)

