SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA
COUNTY OF ORANGE

Self-Help Services
www.occourts.org/self-help

CARE ACT- BECOME A LINK TO CARE (CHINESE)

SELF-HELP FORM PACKET

SHC-CC-02 (Rev. 07/01/2025)

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 blank ink.
2. Scan your completed forms and save as a single PDF file.
3. Go to www.occourts.org/self-help (scroll down and click the 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.

《CARE 法案》

成为关爱的纽带

常用词

《CARE 法案》：创建了帮助精神分裂症谱系或精神病性障碍患者的法律程序的《社区援助、恢复与赋权法案》。

Orange 县卫生保健机构（Health Care Agency, HCA）：《CARE 法案》依赖于该机构的调查结果和资源。

申请书：CARE-100 表格。

申请人：提交 CARE-100 表格的个人或实体。

初步认定：法官对提交的 CARE-100 表格进行的首次审查，以决定被申请人是否符合《CARE 法案》规定的资格。

遗嘱认证法庭：法院负责监督民法和刑法之外涉及个人权利案件的部门。

被申请人：在 CARE-100 表格中被列为符合《CARE 法案》规定的个人。

精神分裂症谱系障碍和精神病性障碍：干扰人的日常活动和独立能力的严重精神健康障碍。

志愿支持者：被申请人选中帮助其了解《CARE 法案》的支持人员。

概述

《社区援助、恢复与赋权法案》（**CARE 法案**）可以帮助个人将未接受治疗的**精神分裂症谱系障碍**或其他**精神病性障碍**患者与社区关爱资源联系起来。

想要提供帮助的个人被称为**申请人**。而需要帮助且愿意被关爱的个人被称为**被申请人**。

《**CARE 法案**》不强制**被申请人**接受关爱。**被申请人**可随时拒绝接受关爱或停止参与。**被申请人**不会受到民事或刑事处罚。

若您不确定《**CARE 法案**》是否能为**被申请人**联系到恰当的资源，请在填写资料包之前联系自助服务。

参与者

申请人

申请人可根据《**CARE 法案**》通过向**遗嘱认证法院**提交申请书将**被申请人**与关爱联系起来。但是，并不是每个想帮助**被申请人**的人都可以成为**申请人**。以下个人可作为**申请人**：

被申请人的：

- 父母或法定监护人
- 配偶
- 兄弟姐妹
- 子女
- 祖父母
- 同住之人
- 无家可归人员外展服务工作者
- 正在治疗或最近治疗过**被申请人**的服务提供者。
- **被申请人**最近或正在住院的医院的院长。
- 公共服务机构的负责人及其指定人员。
- 与**被申请人**多次打交道的第一响应人员。

被申请人

根据《**CARE 法案**》，需要关爱的个人只有在以下情况下才能成为**被申请人**：

- 年满 18 周岁；
- 被诊断为**精神分裂症谱系障碍**或其他**精神病性障碍；**
- 由持有执照的行为健康专业人员签署的声明，确认可以获得诊断；
- 法院将对其他资格标准进行全面评估，以确定**被申请人**是否符合《**CARE 法案**》规定的资格要求。

Orange 县卫生保健机构

Orange 县卫生保健机构负责保护并促进 Orange 县的社区健康。作为集中化的资源中心，**卫生保健机构**是《**CARE 法案**》的关键部分。

卫生保健机构可以作为**《CARE 法案》的申请人**。若**卫生保健机构**未提交**申请书**，**则对**于**被申请人**是否符合资格，将由卫生保健机构负责联系、调查并向法院提交报告。

如您认为需要帮助的人可能没有资格获得《**CARE 法案**》的帮助，请联系**卫生保健机构**了解其他资源：

1-855-OC-Links (625-4657)
周一至周五：上午 8:00 至下午 6:00

您也可以访问**卫生保健机构**的 OC Navigator。这一在线工具可以全天候帮助查找支持性资源并与之建立联系。

www.ocnavigator.org

Orange 县公设辩护人

《 **CARE 法案**》申请书一经提交，就将指定一名 Orange 县公设辩护人（Public Defender， PD） 无偿为**被申请人**代理事务。公设辩护人必须确保**被申请人**的利益得到承认，并满足《**CARE 法案**》的要求。

志愿支持者

被申请人可选择一名**志愿支持者**。**志愿支持者**帮助**被申请人**充分考虑所提供的关爱方案的潜在后果，使其感受到自己被倾听、被理解。**志愿支持者**可出席听证会或相关预约事务。

法官

法官将作为中立调解人，确保《**CARE 法案**》得到遵守。法官负责确定：

- **被申请人**符合《**CARE 法案**》规定的资格要求。
- **被申请人**有意愿参与。
- **被申请人**了解并同意关爱计划，该计划持续满足**被申请人**的需求。
- **被申请人**已获得现有福利。

程序

［如您在支持联网的设备上阅读此资料包，则会附上字体**加粗**的表格，可以点击以电子方式打开和查看。］

如您准备好成为**申请人**，并且认为潜在的**被申请人**符合《**CARE 法案**》的所有要求，您必须填写：

- **CARE-100——启动《CARE 法案》程序的申请书**
- **CARE-101——心理健康声明书**
  - 填写第 1 页的上半部分——**申请人**的姓名和联系方式、案件名称和案件编号。
  - 表格的剩余部分须由持有执照的行为健康专业人员填写，在提交时须附于 **CARE-100** 表格后。
- **CARE-105——《CARE 法案》报告令**
  - 填写第 1 页的上半部分——**申请人**的姓名和联系方式、案件名称、案件编号和第 1 项的内容。
    - **CARE-105** 表格的剩余部分由法院填写。

文件审查

自助服务为自行代理的诉讼当事人提供免费的非强制文件审查服务。作为本服务的一部分，律师或律师助理将在提交文件之前审查您已填写的文件。**我们的工作人员无法为您提供法律咨询或法律策略。**要审查您的文件，您可选择：

- 通过电子方式提交
  - 访问：https://www.occourts.org/self-help/self-help-services
  - 向下滚动到蓝绿色的“联系自助服务”按钮，然后点击。
  - 完整填写帮助申请表并提交。

- 亲临前往
  - 中央司法中心
    自助服务中心， 地址：1st Floor, Room G-100
    700 Civic Center Drive West, Santa Ana, CA 92701
  - Costa Mesa 司法综合大楼
    3390 Harbor Boulevard, Costa Mesa, CA 92626
  - Harbor 司法中心
    刑事行动处，地址：1st Floor, Suite 111
    4601 Jamboree Road, Newport Beach, CA 92660
  - Lamoreaux 司法中心
    自助服务，地址：1st Floor
    341 The City Drive South
    Orange, CA 92868
  - 北部司法中心
    刑事/交通刑事处，地址：3rd Floor
    1275 North Berkeley Avenue, Fullerton, CA 92832
  - 西部司法中心
    刑事/交通刑事处，地址：1st Floor
    8141 13th Street, Westminster, CA 92683

提交

《CARE 法案》申请人必须在以下县提交：

- **被申请人**居住所在县，或
- **被申请人**被发现时所在县，或
- **被申请人**正面临刑事或民事诉讼时所在县。

在 Orange 县，《**CARE 法案**》申请书可通过以下方式提交：

- 亲临前往：
  - 中央司法中心
    自助服务中心，地址：1st Floor, Room G-100
    700 Civic Center Drive West, Santa Ana, CA 92701
  - Costa Mesa 司法综合大楼
    3390 Harbor Boulevard, Costa Mesa, CA 92626
  - Harbor 司法中心
    刑事行动处，地址：1st Floor, Suite 111
    4601 Jamboree Road, Newport Beach, CA 92660
  - Lamoreaux 司法中心
    自助服务，地址：1st Floor
    341 The City Drive South
    Orange, CA 92868

路线图

参与者

填写表格

宣誓书

审查

文件

初步认定

- 北部司法中心
  刑事/交通刑事处，地址：3rd Floor
  1275 North Berkeley Avenue, Fullerton, CA 92832
- 西部司法中心
  刑事/交通刑事处，地址：1st Floor
  8141 13th Street, Westminster, CA 92683

- 位于 Costa Mesa 司法综合大楼外的 7*24 小时投递箱
- 邮寄
  - Costa Mesa 司法综合大楼
    收件人：遗嘱认证档案管理员
    3390 Harbor Boulevard, Costa Mesa, CA 92626
- 电子方式提交：
  - 访问：**https://www.occourts.org/online-services/efiling/efiling-probate-mental-health**

申请费

提交申请不收取任何费用。

下一步是什么？

法官将审查《**CARE 法案**》申请书，并确定**被申请人**的需求是否符合《**CARE 法案**》的基本要求。这一步叫**初步认定**审查。

如果**被申请人**不符合基本要求，法院将驳回此案。

如果**被申请人**符合基本要求，法官将指派**卫生保健机构**完成报告，并指定一名公设辩护人为**被申请人**代理事务。

报告一旦完成，法官就必须决定是否继续制定关爱计划以满足**被申请人**的需求。

路线图

参与者

填写表格

宣誓书

审查

文件

初步认定

本信息表介绍了《CARE 法案》以及如何填写《*启动CARE 法案诉讼程序申请书*》(CARE-100 表格)。您也可在法院自助服务中心寻求帮助。请访问 *https://selfhelp.courts.ca.gov/self-help/find-self-help* 查找法院自助服务中心。

1 什么是《CARE 法案》?

CARE 代表的是社区援助、康复和赋权(Community Assistance, Recovery, 和 Empowerment)。《CARE 法案》允许被称为"上诉人"的特定人群为被称为"被诉人"的人员请求法院下令提供治疗、服务、支持和住房计划, 其中, 被诉人患有某些未经治疗的严重心理疾病, 尤其是精神分裂症或其他精神病性障碍。被诉人必须年满 18 岁。

《CARE 法案》诉讼程序包括评估和庭审, 以确定被诉人是否符合资格要求。县级行为健康机构将参与这一过程。如果被诉人符合 CARE 资格标准, 则可为其制定 CARE 协议或计划, 如果获得批准, 则由法院下达相关命令。

2 什么是 CARE 协议或 CARE 计划?

CARE 协议和 CARE 计划均属于书面文件, 写明了将提供哪些服务支持被诉人康复和稳定。这些服务均须经法院命令予以批准。这些服务可能包括临床行为健康护理; 咨询; 专业心理治疗、项目和治疗; 稳定性药物; 住房计划; 以及通过地方政府实体直接/间接提供的其他援助和服务。不得强行令被诉人服用稳定性药物。

CARE 协议是指在法院认定被告人有资格参加 CARE 计划后, 被诉人与县级行为健康机构签订的自愿协议。该协议须经法院修改后方可获批。

CARE 计划是指法院下令为被诉人提供的一系列个性化社区服务和援助。

3 您是否考虑过《CARE 法案》诉讼程序的替代方案?

也许还有其他方法, 可以帮助患有严重心理疾病的人。若此人购买了商业健康保险, 请联系健康计划/保险公司。若您无法确定此人是否购买了商业健康保险, 或者是否购买了商业保险, 请联系您所在县的行为健康机构或查看其网站, 获取相关服务。县级行为健康机构提供从咨询、心理医生、心理学家或治疗师, 到全方位服务伙伴关系、康复心理健康服务、同伴支持服务、强化病例管理、危机服务、寄宿护理、物质障碍治疗、主动式社区治疗和援助性住房等一系列服务。各县需要向有资格获得专业心理健康和物质使用障碍服务的 Medi-Cal 受益人提供服务, 但也可以根据当地资金和资格标准, 向更广泛的人群提供服务, 无需法庭下达命令。

*全方位服务伙伴关系*专为患有严重心理疾病的人设计, 他们将从强化服务计划中受益。全方位服务伙伴关系可以帮助无家可归、触犯法律或经常使用危机精神护理的人。*主动式社区治疗*是指在社区环境中提供心理健康护理, 旨在帮助被诉人康复后能独立生活, 融入社区。

查明此人是否制定了医疗护理预设指示或精神疾病预设指示, 指定在自己无法做出医疗护理决定时, 由指定人员代表自己做出决定。当地的社会服务和社区组织也可纳入考虑范围。

4 如何填写《*启动 CARE 法案诉讼程序申请书*》(CARE-100 表格)?

第 1 项:谁可以成为上诉人?

上诉人是指请求为因身患严重心理疾病而需要帮助的人员启动《CARE 法案》诉讼程序的人。

要成为上诉人, 您必须年满 18 岁, 且**必须**属于以下类别之一, 方可为被诉人申请启动《CARE 法案》诉讼程序:

- 与被诉人一起生活。
- 乃被诉人的配偶或注册家庭伴侣、父母、兄弟姐妹、子女或祖父母。
- 承担被诉人的监护人职责的人员。
- 被诉人住院或最近住院的医院的院长或其指定人员。
- 在过去 30 天内曾向被诉人提供行为健康服务或目前正为其提供行为健康服务, 或被诉人居住所在机构的公共机构/慈善机构负责人或其指定人员。
- 在过去 30 天内曾监督或负责被诉人的心理疾病治疗的持照行为健康专业人员或其指定人员。
- 被诉人居住或被发现所在县的行为健康机构的负责人或其指定人员。
- 加州部落法院的法官或其指定人员。
- 被诉人居住或被发现所在县的成人保护服务机构负责人或其指定人员。
- 加州印第安人卫生服务计划或加州部落行为健康部门负责人或其指定人员。
- 根据《福利与机构法》第 5150 条规定, 通过以下形式与被诉人多次互动: 多次逮捕、拘留和接送, 多次试图让被诉人自愿参与治疗, 或为协助被诉人获得专业协助而作出的其他重复努力的先遣急救员, 包括治安官、消防员、护理人员、紧急医疗技术人员、流动应急人员或无家可归者外展人员。
- 被诉人居住或合理相信其居住所在县的公共监护人或公共监管人或其指定人员, 或如果经 LPS 法院移交, 则是根据《Lanterman-Petris Short (LPS) 法案》由法院指定的私人监管人。
- 被诉人。

在第 1 项中, 输入您的姓名, 并勾选上诉人资格类型中与您自身相符的项旁边的方框。

第 2 项:与被诉人的关系

在第 2a 项中输入被诉人姓名, 并在第 2b 项中描述您与被诉人的关系。若您是来自医院、公共或慈善机构的上诉人、先遣急救员或一直在治疗或监督被诉人的持照行为健康专业人员, 您必须在 2c 中注明互动次数、上次互动的日期以及每次互动的性质和结果。

第 3 项:被诉人的地址或最后已知位置

若您知道被诉人的住址, 请在第 3 项中注明。若您不知道被诉人的地址, 或者他们没有地址, 请写明地址未知, 并提供最后已知位置以及任何可能有助于找到被诉人的其他联系信息(如: 电话号码或电子邮件地址)。

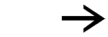
第 4 项:提交申请所在县

在第 4 项中, 说明在当前县提交申请书比较适当的原因。被诉人须在该县居住, 目前所在地为该县, 或者在该县卷入了法律案件当中。勾选所有适用项。若此人不住在该县, 如果您知道其居住地, 注明其居住地也会有所帮助。

第 5 项:被诉人资格

为表明被诉人有资格启动《CARE 法案》诉讼程序, 您必须提供事实和佐证资料。上诉人须满足 CARE-100 表格第 5 项所列的以下**所有**要求才符合资格。请注意, 以下示例仅为符合条件的情况示例。资格确定视具体案例而定。

要求	说明	示例
被诉人须年满 18 岁 (第 5a 项) 且必须:		
根据现行*《精神障碍诊断与统计手册》*(**第 5b 项**)的定义, 经诊断患有精神分裂症谱系障碍或同一级别的其他精神病性障碍。	只有患有精神分裂症谱系障碍或其他精神病性障碍的人, 方可有资格启动《CARE 法案》诉讼程序。仅患有其他严重心理疾病(如:双相情感障碍或严重抑郁症)的人员不符合资格。 **注:** 精神病性障碍不得以医疗状况为基础, 包括身体健康状况, 如:创伤性脑损伤、自闭症、痴呆症或神经系统疾病。目前经诊断患有物质使用障碍的人也必须同时患有精神病性障碍, 并符合第 5 项中的所有其他标准才符合资格。	患有精神分裂症、精神分裂样障碍、分裂情感障碍、妄想症、分裂型人格障碍和其他精神病性障碍。
目前正在经历符合以下特征的心理疾病(**第 5c 项**): • 病情十分严重, 持续存在(**第 5c(1) 项**) • 可能导致出现严重干扰日常生活活动的行为(**第 5c(2) 项**) **及** • 若不接受治疗、支持和康复, 则可能导致长期或无限期无法稳定调节情绪和独立生活(**第 5c(3) 项**)。	注明严重干扰被诉人执行工作或自理过程中所需的基本和日常任务的能力的任何行为(如:妄想、幻觉或异常和持续的情绪变化)。 描述您认为被诉人若无额外帮助就无法独立生活、在社区中发挥作用、照顾自己的病情和社会关系的原因。	如果由慢性、长期或复发性心理疾病引起: • 自理困难(如:洗澡、梳洗、获取和食用食物、看天气穿衣、获取医疗保健或遵医嘱)。 • 日常难以维持住所、使用交通工具或管理资金。 • 难以集中注意力或按计划完成任务。 • 难以进行社交、建立和维持关系。 • 最近有过若无额外帮助则日常无法自理(洗澡、梳洗、吃饭、上厕所)的病史。



要求	说明	示例
在持续进行的自愿治疗中未达到临床稳定状态(**第 5d 项**)。	描述您为何认为被诉人在自愿治疗计划中未得到足够的支持, 以致无法维持病情和症状稳定。	• 一再和持续无理由拒绝接受自愿治疗。 • 临时接受自愿治疗, 但无理由未能或拒绝继续导致治疗中断。 • 接受自愿治疗, 但治疗不足以有效稳定被诉人。
下列情况中必须至少有一项为真 (第 5e 项) :		
若无监督, 则被诉人不太可能在社区中安全生存, **且**被诉人的病情持续恶化(**第 5e(1) 项**)。 **或者**	注明最近被诉人因缺乏现实取向、困惑或洞察力受损而需要监督才能在社区中生存的情况。 描述被诉人清晰思考、沟通或参与日常活动的能力迅速恶化的情况。	• 最近或频繁因妄想、幻觉、精神错乱、自知力受损、判断力受损等症状住院。 • 最近或经常因心理疾病被捕。
被诉人需要服务和支持, 以防止可能导致被诉人或其他人严重残疾或严重伤害的病情复发或恶化(**第 5e(2) 项**)。	描述若不接受相关服务和支持, 被诉人将无法安全生存、遭受严重残疾或对他人或自己造成严重伤害。 • *严重残疾*是指一个人因心理疾病导致无法满足自身基本的吃饭、穿衣或住所需求。 • *严重伤害*包括导致极度疼痛、高死亡风险或身体或心理功能丧失的伤害。	• 可即时获得安全住房, 但因患有心理疾病而选择在可能危及其健康的条件下生活的人。 • 最近因心理疾病而试图自杀并仍表现出自残意愿的人。 • 自我伤害行为(如:闯进车流或不知不觉伤害自己, 导致自己面临严重伤害或生命损失的风险)。

要求	说明	示例
被诉人参与 CARE 计划或 CARE 协议必须是:		
为确保被诉人恢复和稳定(**第 5f 项**)所必需的限制最小的替代方案, **并**	说明被诉人参与 CARE 计划或 CARE 协议将: • 势在必行, 因为其他限制较低的替代方案不足以确保被诉人恢复和稳定, 可能是因为其他限制较低的替代方案未能奏效。 • 有效满足被诉人的治疗需求, 同时尽可能不予限制被诉人的权利和个人自由。	限制较低的替代方案可能包括: • **自愿的全方位服务伙伴关系**: 指县和个人(适当时还包括该个人的家庭)之间的合作关系。通过这种关系, 县政府规划和提供全方位的社区服务。 • **支持决策**: 指支持和照顾残疾成年人的个性化过程, 以在不妨碍其自我决定的情况下帮助其做出生活决策。 • **主动式社区治疗**: 指以人为中心、以恢复为基础的治疗方案, 客户与员工比低。
可能于被诉人有益(**第 5g 项**)。	说明参与 CARE 计划将如何帮助被诉人稳定并改善其当前的状态和状况。	• 被诉人之前参与类似治疗计划后的改善情况。 • 认定患者将从治疗中受益的医学意见。

注: 针对申请书所列各项所提供的信息应越详细越好。您还可以附上任意项的证明文件。

第 6 项:所需文件

您必须随申请书附上证明文件。文件须包括以下任一内容:

a. 持照行为健康专业人员用*《心理健康声明书——CARE 法案》诉讼程序》*所发声明(CARE-101 表格); **或者**

b. 表明被诉人至少两次遭拘留进行强化治疗, 最近一次发生在过去 60 天内的证据。证据可包括强化治疗证明副本、强化治疗证人所发声明书或其他表明被诉人曾被拘留进行两次长达 14 天的强化治疗的文件。证据应注明上一次治疗期的具体日期。**注:** 就《CARE 法案》而言, "强化治疗"仅包括《福利与机构法》第 5250 条批准的非自愿治疗。其**不**指代任何其他法规批准的治疗, 包括但不限于《福利与机构法》第 5150 条规定的 72 小时拘留, 或《福利与制度法》第 5260 条和第 5270.15 条规定的治疗。

第 7 项：部落登记或美国印第安医疗保健提供者提供的服务（可选）

若您知道/认为被诉人是受联邦认可的印第安部落的成员，或者正在接受印第安医疗保健提供者、部落法院或部落组织的服务，请在第 7 项中列明。

注： 第 7 项填写与否不会影响申请书的处理。

第 8 项：从其他法院移交（可选）

若您根据法院移交程序提交申请书，请勾选此框。注明移交法院的名称，并附上案件编号和部门（如果已知）。若您知道移交前申请书所列诉讼类型，请勾选第 8c 项中的相应方框。否则，请不要勾选，将第 8 项留空。若您有移交法院的命令副本，请将其标记为“第 8 项”，并随附申请书一同提交。

注： 第 8 项填写与否不会影响申请书的处理。

第 9 项：实用信息

在第 9 项中，请勾选适用于被诉人的任何方框（如果您知悉）。

注： 第 9 项填写与否不会影响申请书的处理。

第 10 项：附件

在第 10 项，请列出申请书的附页数。

签名： 您必须写明日期，正楷书写您的名字，在申请书上签字，*并受伪证罪罚则约束*，这意味着，若您知道您所说的任何内容并不真实，您可能会承担刑事责任。若有律师向您提供帮助，则律师也需要签字。

5 是否需要其他服务流程？

不需要。要启动《CARE 法案》诉讼程序，您只需要向法院提交申请书即可。

6 提交申请书后会发生什么？

在您提交《CARE 法案》申请书后，法院将及时审查申请书和支持文件，以确定文件是否能够表明被诉人符合或可能符合上述要求。然后法院将：

a. **驳回申请书**。若法院发现 (1) 申请书并不能表明被诉人符合或可能符合《CARE 法案》的资格要求，或 (2) 被诉人自愿与县级机构合作，他们的接触有效，并且被诉人已经/可能登记参与县或其他提供者提供的自愿治疗，则法院将驳回申请书。

b. **要求出示报告**。若法院发现申请书确实表明被诉人符合或可能符合《CARE 法案》诉讼程序的标准，则法院将命令县级机构通知被诉人，并在 14 个工作日内向法院提交书面报告。您和被诉人都将收到法院要求出示报告的通知。

c. **安排首次出庭**。若法院发现县机构的报告支持申请书所述，表明被诉人符合或可能符合《CARE 法案》的资格要求，且该县与被诉人的接触无效，则法院将安排首次出庭。法院还将命令县政府向您、被诉人、被诉人指定的律师和县级行为健康机构发出庭审通知。

   注： 上诉人为县级行为健康机构的，则程序会有所不同。

7 首次出庭后会发生什么？

上诉人人须出席初次庭审，否则法院可驳回申请书。您将收到邮寄通知，其中会载明庭审日期、时间和地点。

注： 在首次出庭时，县级行为健康机构负责人或其指定人员将取代您成为上诉人。

8 上诉人有何权利?

若您与被诉人一起生活, 是被诉人的配偶或注册家庭伴侣、父母、兄弟姐妹、子女或祖父母, 或者承担被诉人的监护人的职责, 则您有权参加确定申请书案情实质的庭审。法院可自行决定是否向您授予持续通知权。被诉人同意的, 法院可允许您参与《CARE 法案》剩余的诉讼程序。

事项被驳回后情况发生变化的, 您可以重新向法院提交申请书。

若您是上述上诉人以外的上诉人, 则您有权在庭审中就申请书的案情实质发表声明, 但您不会被赋予持续的权利。

9 什么人属于无理取闹的诉讼当事人?

若某人根据《CARE 法案》规定提交了多份毫无事实或现实依据的申请书, 或者意图骚扰或惹恼被诉人, 则法院可以认定该人属于无理取闹的诉讼当事人。被视为无理取闹的诉讼当事人的人, 可被列入司法委员会编制和保存的无理取闹的诉讼当事人名单。法院可下令禁止无理取闹的诉讼当事人在未经审判长许可的情况下提起任何新诉讼, 包括可能属于其他类型的案件(不仅仅是《CARE 法案》申请书)。此命令一经发布, 无理取闹的诉讼当事人不遵守命令的, 可能会因藐视法庭而受到罚款或监禁等惩罚。

10 如果我不懂英语, 该怎么办?

当您提交文书时, 请咨询书记员是否能够安排法庭传译员。您也可以使用*《请求传译员 (民事)》*(INT-300 表格)或使用当地法院制订的表格(或访问相关网站)申请安排传译员。有关法庭传译员的更多信息, 请访问 *https://selfhelp.courts.ca.gov/request-interpreter*。

11 如果我身有残疾, 该怎么办?

如果您身有残疾, 并且在法庭上需要便利服务, 您可以使用*《请求针对残疾人的纾困措施》*(MC-410 表格), 提出您的请求。您也可以向您所在法院的《美国残疾人法案》(ADA) 协调员寻求帮助。有关更多信息请参阅*《如何向法院请求针对残疾人的纾困措施》*(MC-410-INFO 表格)或访问 *https://selfhelp.courts.ca.gov/jcc-form/MC-410*。

打印此表格 储存此表格

机密资料

CARE-100 C

律师或无律师上诉人 州律师公会编号： 姓名： 律所名称： 街道地址： 市： 州： 邮编： 电话号码： 传真号码： 电子邮箱地址： 律师委托人（*姓名*）：	*仅供法院使用* 仅供参考 不得向法院提交
加利福尼亚州县高等法院 街道地址： 邮寄地址： 市和邮政编码： 分院名称：	
《CARE 法案》诉讼程序委托人（*姓名*）： 被诉人	
启动《CARE 法案》诉讼程序申请书	案件编号： 不得向法院提交
有关填写本表格的信息，请参阅《*适用于上诉人的信息——关于 CARE 法案*》（CARE-050-INFO 表格）。	

1. 上诉人（*姓名*）：
   年满 18 岁且（*勾选所有适用选项*）：

   a. ☐ 与被诉人一起生活。

   b. ☐ 乃被诉人的配偶或注册家庭伴侣、父母、兄弟姐妹、子女或祖父母。

   c. ☐ 承担被诉人父母角色的人员。

   d. ☐ 被诉人住院医院的院长*。

   e. ☐ *公共或慈善组织、机构或疗养院的负责人

      (1) ☐ 过去 30 天内向被诉人提供行为健康服务的人员；或

      (2) ☐ 被诉人居住所在机构的人员。

   f. ☐ 过去 30 天内曾监督或负责被诉人治疗的持照行为健康专业人员*。

   g. ☐ 与被诉人多次互动的先遣急救员，包括治安官、消防员、护理人员、紧急医疗技术人员、流动应急人员或无家可归者外展社会工作者。

   h. ☐ 上述县的公共监护人*或公共监管人，或根据《福利与机构法》第 5978 条由法院推荐的私人监管人。

   i. ☐ 上述县行为健康机构负责人*。

   j. ☐ 上述县成人保护服务机构负责人*。

   k. ☐ 加州印第安人卫生服务计划或加州部落行为健康部门负责人*。

   l. ☐ 加州部落法院法官。*

   m. ☐ 被诉人。

   *该人员可指定他人代替自己提交申请书。如果上诉人是指定人员，则勾选此类别并将指定人员的姓名填入上述第 1 项。

2. a. 上诉人请求法院查明被诉人（*姓名*）：
   有资格参与《CARE 法案》流程并为被诉人启动《CARE 法案》诉讼程序。

   b. 上诉人与被诉人的关系（*写明并描述关系*）：

《CARE 法案》诉讼程序委托人（*姓名*）： 被诉人	案件编号： 不得向法院提交

2. c. ☐ 上诉人与被诉人的互动（*如果在第 1d、1e、1f 或 1g 项中指定了上诉人，请说明与被诉人的互动次数和最近一次互动的日期，并描述每次互动的性质和结果*）：

☐ 如果您需要额外的空间，请写在另一张纸上并将其标为“附件 2c”。

3. 被诉人居住或最后一次被发现的地址（*如果已知并存在地址，请提供被诉人的居住地址；否则，请说明地址未知，并提供最后已知位置和任何其他联系信息，如电话号码（注明该号码是否可以接收短信）或电子邮件地址*）：

☐ 如果您需要额外的空间，请写在另一张纸上并将其标为“附件 3”。

4. 被诉人（*勾选所有适用选项*）：
   a. ☐ 是上述县的居民。
   b. ☐ 目前在上述县居住。
   c. ☐ 是上述县高级法院未决刑事或民事诉讼的被告或被诉人。
   d. ☐ 是*县（如果已知且不同于上述县，请说明）的居民：*

5. 被诉人符合以下各项要求，有资格参加《CARE 法案》程序，并可根据 CARE 协议或 CARE 计划获得服务和支持（*提供以下信息以支持各项要求*）：
   a. 被诉人已年满 18 岁。 出生日期（*如已知*）：
   年龄（*如果不知道确切年龄，请给出大致年龄*）：
   b. 根据现行*《精神障碍诊断与统计手册》*的定义，被诉人经诊断患有精神分裂症谱系障碍或同一级别的其他精神病性障碍。诊断和其他信息请见
   ☐ *《心理健康声明——CARE 法案诉讼程序》*（CARE-101 表格），见附件 6a。
   ☐ 单独文件，随附并标记为附件 5b。
   ☐ 下文。

《CARE 法案》诉讼程序委托人（*姓名*）： 被诉人	案件编号： 不得向法院提交

5. c. 被诉人目前患有《福利与机构法》第 5600.3(b)(2) 条所定义的严重心理疾病，且该疾病：

(1) 十分严重，持续存在；

(2) 可能导致出现严重干扰被诉人日常生活主要活动的行为；***以及***

(3) 若不接受治疗、支持和康复服务，则可能导致被诉人长期或无限期无法稳定调节情绪和独立生活。

被诉人障碍的严重程度、持续时间和风险的支持信息请见

☐ *《心理健康声明——CARE 法案诉讼程序》*（CARE-101 表格），见附件 6a。

☐ 单独文件，随附并标记为附件 5c。

☐ 下文。

d. 被诉人当前在持续进行的自愿治疗中未达到稳定状态。被诉人当前的稳定性和治疗详见

☐ *《心理健康声明——CARE 法案诉讼程序》*（CARE-101 表格），见附件 6a。

☐ 单独文件，随附并标记为附件 5d。

☐ 下文。

《CARE 法案》诉讼程序委托人（*姓名*）： 被诉人	案件编号： 不得向法院提交

5. e. 以下至少一项说法正确（*请完成 (1) 或 (2) 或两者*）：

(1) ☐ 若无监督，则被诉人不太可能在社区中安全生存，且被诉人的病情持续恶化。被诉人若无监督则不太可能在社区中安全生存的原因、被诉人安全生存所需的监督类型以及被诉人的身体或心理疾病最近的恶化程度详见

☐ *《心理健康声明——CARE 法案诉讼程序》*（CARE-101 表格），见附件 6a。

☐ 单独文件，随附并标记为附件 5e(1)。

☐ 下文。

(2) ☐ 被诉人需要服务和支持，以防止可能导致被诉人或其他人严重残疾或严重伤害的病情复发或恶化。被诉人所需服务和支持以及被诉人可能遭受严重残疾或对自身或他人带来伤害的原因详见

☐ *《心理健康声明——CARE 法案诉讼程序》*（CARE-101 表格），见附件 6a。

☐ 单独文件，随附并标记为附件 5e(2)。

☐ 下文。

《CARE 法案》诉讼程序委托人（*姓名*）: 被诉人	案件编号: 不得向法院提交

5. f. 参与 CARE 计划或 CARE 协议将是确保被诉人恢复和稳定所需的限制最小的替代方案。可用替代治疗计划的描述，及对被诉人的自由限制较小的替代治疗计划为何不能确保被诉人康复和稳定的原因请见

☐ *《心理健康声明——CARE 法案诉讼程序》*（CARE-101 表格），见附件 6a。

☐ 单独文件，随附并标记为附件 5f。

☐ 下文。

g. 被诉人有可能从参与 CARE 计划或 CARE 协议中获益。支持这一主张的原因请见

☐ *《心理健康声明——CARE 法案诉讼程序》*（CARE-101 表格），见附件 6a。

☐ 单独文件，随附并标记为附件 5g。

☐ 下文。

6. **所需文件**

兹附上支持本申请书的证据如下。 *（附上 a 或 b 中所列文件，或两者同时附上，并在所附每份文件或一组文件说明旁的方框内打勾）。*

a. ☐ 一份完整的*《心理健康声明——CARE 法案诉讼程序》*（CARE-101 表格），一份持照行为健康专业人员的声明，表明在本申请书提交前 60 天内，专业人员或其指定人员

(1) ☐ 检查了被诉人，并确定被诉人符合参加《CARE 法案》诉讼程序资格的诊断标准；或

(2) ☐ 多次尝试检查被诉人，但未能成功获得被诉人配合，并有理由（具体解释）相信被诉人符合参加《CARE 法案》诉讼程序资格的诊断标准。

附上*《心理健康声明——CARE 法案诉讼程序》*（CARE-101 表格），并将其标记为附件 6a。

《CARE 法案》诉讼程序委托人（姓名）： 被诉人	案件编号： 不得向法院提交

6. b. ☐ 表明被诉人至少两次被收容进行强化治疗，最近一次发生在过去 60 天内的证据。证据示例：强化治疗证明副本、强化治疗证人所发声明或表明非自愿收容的其他文件以及长达 14 天的强化治疗证明。（*按顺序附上所有支持文件并按顺序分别标记为附件 6b1、6b2、6b3 等*）

   注：就《CARE 法案》而言，“强化治疗”是指《福利与机构法》第 5250 条批准的非自愿治疗。其**不**指代任何其他法规批准的治疗，包括但不限于《福利与机构法》第 5150 条、第 5260 条和第 5270.15 条规定的治疗。

可选信息

7. 部落归属关系
   a. ☐ 被诉人是受联邦认可的印第安部落的成员。
      部落名称和邮寄地址：

   b. ☐ 被诉人正在接受加州印第安人健康服务计划、加州部落行为健康部门或加州部落法院的服务。
      计划、部门或法院的名称和邮寄地址：

8. ☐ 本申请书基于其他法院的移交程序。
   a. 法院、部门和司法官员：

   b. 案件编号：
   c. 移交前被诉人的诉讼程序类型：
      (1) ☐ 轻罪受审能力（《刑法典》第 1370.01 条）
      (2) ☐ 门诊辅助治疗（《福利与机构法》第 5346-5348 条）
      (3) ☐ 《Lanterman-Petris Short 法案》监管权（《福利与机构法》第 5350-5372 条）

      ☐ 附上法院命令并将其标记为附件 8（可选）。

9. 勾选以下正确的陈述：
   a. ☐ 被诉人需要传译服务或纾困措施（*具体说明*）：

   b. ☐ 被诉人受少年法庭管辖（*具体说明哪个法庭*）：
   c. ☐ 被诉人目前处于监管之下（*具体说明哪个法庭*）：
   d. ☐ 被诉人享受区域中心提供的服务（*具体说明*）：
   e. ☐ 被诉人是州或联邦武装部队或预备役的现任或前任成员（*具体说明哪个分支*）：

10. 附页数：_____

日期：

_____ ▶ 不得向法院提交

（键入或正楷书写律师姓名） （律师签名）

根据加利福尼亚州法律，本人声明以上信息真实、正确，违者受伪证处罚。

日期：

_____ ▶ 不得向法院提交

（键入或正楷书写上诉人姓名） （上诉人签名）

仅提供英语版本的可填写线上表格。
为了您的安全和隐私，请在列印表格后按下“清除此表格”键。

打印此表格 储存此表格

仅提供英语版本的可填写线上表格。
清除此表格

CONFIDENTIAL

CARE-100

ATTORNEY OR PETITIONER WITHOUT ATTORNEY STATE BAR NUMBER: NAME: FIRM NAME: STREET ADDRESS: CITY: STATE: ZIP CODE: TELEPHONE NO.: FAX NO.: EMAIL ADDRESS: ATTORNEY FOR (*name*):	*FOR COURT USE ONLY*
SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA, COUNTY OF ORANGE STREET ADDRESS: 3390 Harbor Boulevard MAILING ADDRESS: 3390 Harbor Boulevard CITY AND ZIP CODE: Costa Mesa 92626 BRANCH NAME: Costa Mesa Justice Complex	
CARE ACT PROCEEDINGS FOR *(name):* RESPONDENT	
PETITION TO BEGIN CARE ACT PROCEEDINGS	CASE NUMBER:

For information on completing this form, see *Information for Petitioners—About the CARE Act* (form CARE-050-INFO), visit the CARE Act webpage on the self-help website at https://selfhelp.courts.ca.gov/care-act, or contact your local court's self-help center. To find the location and hours of the self-help center, click https://selfhelp.courts.ca.gov/self-help/find-self-help.

1. **I *(enter your name here):***
   am asking the court to find that *(name of the person you want services for, who is called the respondent):*

   is eligible to participate in the CARE Act process. The respondent was born on *(date of birth, if you know it):* or I do not know the respondent's date of birth, but the respondent is *(approximate age, in years):* years old.

2. I am 18 years of age or older and *(check all categories that apply to you):*
   a. ☐ A person who lives with the respondent.
   b. ☐ A spouse or registered domestic partner, parent, sibling, child, or grandparent of the respondent.
   c. ☐ A person authorized to act in place of the respondent's parent.
   d. ☐ The director of the county behavioral health agency of this county.*
   e. ☐ A licensed behavioral health professional who is or has been, within the past 30 days, treating or supervising the treatment of the respondent.*
   f. ☐ The director of a hospital in which the respondent is hospitalized.*
   g. ☐ 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 the respondent;* or
      (2) ☐ in whose institution the respondent resides.*
   h. ☐ The respondent.
   i. ☐ 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 the respondent.
   j. ☐ The public guardian or public conservator of this county.*
   k. ☐ A conservator or proposed conservator referred from a proceeding under Welfare and Institutions Code section 5350.
   l. ☐ The director of adult protective services of this county.*
   m. ☐ The director of a California Indian health services program or tribal behavioral health department that has, within the past 30 days, provided or is currently providing behavioral health services to the respondent.*
   n. ☐ A California tribal court judge before whom the respondent has appeared within the past 30 days.*

   ** If you are in a category above that is followed by *, you may designate someone to file the petition on your behalf. If you have been designated to file a petition by a person in a category followed by *, check that category and enter **your** name above.*

3. I have interacted with the respondent as follows *(describe when (give the date) you last saw them, and what happened when you interacted with the respondent):*

☐ If you need more space for your answer, please use a separate piece of paper and label it as Attachment 3.

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

4. a. The respondent lives or was last found at *(give the respondent's address if they have one and you know it, including a post office box where they get mail; otherwise, describe where the respondent lives, the last location where they were staying, or locations where they are frequently found):*

   b. The respondent's other contact information is:
   (telephone number, if any): The respondent ☐ does ☐ does not respond to text messages.
   (email address, if any):

   c. I believe that the best ways to contact the respondent are *(check all that apply):*
   (1) ☐ by visiting them in person
   (2) ☐ by calling them on the phone
   (3) ☐ by sending them text messages
   (4) ☐ by sending them email
   (5) ☐ by sending them mail
   (6) ☐ other *(describe):*

   d. ☐ The respondent needs assistance ☐ reading ☐ hearing or understanding ☐ speaking English.
   The respondent's preferred language is *(specify language(s)):*

5. The respondent *(check a or b; if you check b, you must also check either (1) or (2)):*
   a. ☐ Is a resident of the county in which this petition is filed.
   b. ☐ Is not a resident of the county in which this petition is filed.
   The respondent's county of residence is *(if you know it):*
   (1) ☐ The respondent is located in the county in which this petition is filed.
   (2) ☐ The respondent is a defendant or respondent in a criminal or civil proceeding pending in the superior court of the county in which this is filed.

6. Evidence supporting this petition includes *(you must check and provide at least one of the following):*
   a. ☐ The declaration of a licensed behavioral health professional (form CARE-101), attached and labeled as Attachment 6a.
   b. ☐ A statement or documents showing that the respondent has been hospitalized two or more times for involuntary treatment and that the most recent involuntary hospital stay ended less than 60 days ago.
   Note: As used in this form, "involuntary treatment" refers only to a 14-day hold 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, 5270.15, and 5270.70.
   (If you checked 6b above, please check (1) and provide the information below, or check (2) and attach the documents, or do both.)
   (1) ☐ I know personally that the respondent was hospitalized for involuntary treatment. *(Describe what happened each time, and explain how you know about it.):*

   (2) ☐ I have attached documents showing that the respondent was hospitalized two or more times for involuntary treatment and labeled the documents Attachment 6b1, 6b2, 6b3, etc. *(Include, for example, your own signed declaration (only if you have personal knowledge of the respondent's involuntary treatment), copies of certifications for intensive treatment, signed declarations by persons who witnessed the respondent's involuntary treatment, or other records.)*

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

7. To the best of my knowledge, the respondent meets each of the requirements below:

☐ *Check here if all the information requested in items 7a through 7f is included in form CARE-101. If it is, you can skip the rest of this question, if you choose. Otherwise, explain below.*

Note: Some details you enter in items 7a through 7f may overlap. If you notice you're repeating yourself, you can say that you already gave the information and mention where you said it before.

a. The respondent has a diagnosis of schizophrenia spectrum disorder or another psychotic disorder in the same class, as defined in the current *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. *(Explain below):*

b. The respondent is currently experiencing a serious mental disorder, as defined in Welfare and Institutions Code section 5600.3(b)(2), because the disorder:

(1) Is severe in degree and persistent in duration;

(2) May cause, or has caused, behavior that interferes substantially with the respondent's primary activities of daily living; ***and***

(3) May result, or has resulted, in the respondent's inability to maintain stable adjustment and independent functioning without treatment, support, and rehabilitation for a long or indefinite period.

(Describe the seriousness, length, and effects of the respondent's mental disorder below):

c. The respondent is not currently stabilized in ongoing voluntary treatment. *(Describe the respondent's current condition and any ongoing treatment below):*

d. At least one of the following is true *(complete (1) or (2) or both):*

(1) ☐ The respondent is unlikely to survive safely in the community without supervision ***and*** the respondent's condition is substantially deteriorating. *(Explain why the respondent is unlikely to survive safely in the community, describe the type of supervision the respondent would need to survive safely, and describe how the respondent's physical or mental condition has recently grown worse):*

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

7. d. (2) ☐ The respondent needs services and supports to prevent a relapse or deterioration that would be likely to lead to grave disability or serious harm to the respondent or others. *(Describe the services and supports needed by the respondent, and explain why the respondent would become gravely disabled or present a risk of harm to self or others without them):*

   e. Participation in a CARE plan or CARE agreement would be the *least restrictive alternative* necessary to ensure the respondent's recovery and stability. *(Explain why no other less restrictive treatment plan would work as well for the respondent):*

   f. The respondent is likely to benefit from participation in a CARE plan or CARE agreement because *(explain below):*

8. **OPTIONAL: Other information** *(if applicable, check any of the following statements that are true, and give the requested information if you know it):*

   a. ☐ The respondent needs interpreter services or an accommodation for a disability. *(If you know, describe what they need):*

   b. ☐ The respondent is served by a regional center. *(If you know, give the center's name and the services it provides to them):*

   c. ☐ The respondent is or was a member of the state or federal armed services or reserves. *(If you know, give branch name):*

   d. ☐ The respondent is an enrolled member of a federally recognized Indian tribe. *(If you know, give the tribe's name and mailing address):*

   e. ☐ The respondent is receiving services from a California Indian health services program, a California tribal behavioral health department, or a California tribal court. *(If you know, give the name and mailing address of the program, department, or court):*

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

8. f. ☐ The respondent is within a juvenile court's dependency, delinquency, or transition jurisdiction. *(If you know, provide the following):*
   (1) Court:
   (2) Case number:
   (3) The respondent's attorney in the juvenile court proceeding *(name):*
   (mailing address):
   (telephone number): *(email address):*

   g. ☐ The respondent has a court-appointed conservator. *(If you know, provide the following):*
   (1) Court:
   (2) Case number:
   (3) The respondent's attorney in the conservatorship proceeding *(name):*
   (mailing address):
   (telephone number): *(email address):*

9. **Court referral** *(complete this item only if it applies; if you don't know some of the requested information, leave that part blank)***:**
   ☐ This petition is filed in response to a referral of the respondent from another court proceeding.
   a. Court, department, and judicial officer:
   b. Case number:
   c. Type of proceeding from which the respondent was referred *(check one):*
   (1) ☐ Mental competence proceeding arising from a criminal prosecution (Pen. Code, §§ 1370, 1370.01)
   (2) ☐ Assisted outpatient treatment (Welf. & Inst. Code, §§ 5346–5348)
   (3) ☐ Lanterman-Petris-Short Act conservatorship (Welf. & Inst. Code, §§ 5350–5372)
   d. ☐ The referral order is attached and labeled as Attachment 9 *(optional).*
   e. The respondent's attorney in the referring proceeding *(name):*
   (mailing address):
   (telephone number): *(email address):*

10. Number of pages attached: _____

Date:

(TYPE OR PRINT NAME OF ATTORNEY, IF ANY) (SIGNATURE OF ATTORNEY, IF ANY)

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)

For your protection and privacy, please press the Clear This Form button after you have printed the form.

Print this form Save this form Clear this form

To keep other people from seeing what you entered on your form, please press the Clear This Form button at the end of the form when finished.

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.)

(Add pages as required)

For your protection and privacy, please press the Clear This Form button after you have printed the form.

Save This Form Print This Form Clear This Form

机密资料

CARE-101 C

律师或无律师当事人 州律师公会编号： 姓名： 律所名称： 街道地址： 市： 州： 邮编： 电话号码： 传真号码： 电子邮箱地址： 律师委托人（姓名）：	*仅供法院使用* 仅供参考 不得向法院提交
加利福尼亚州县高等法院 街道地址： 邮寄地址： 市和邮政编码： 分院名称：	
《CARE 法案》诉讼程序委托人（*姓名*）： 被诉人	
心理健康声明——《CARE 法案》诉讼程序	案件编号： 不得向法院提交

致：持照行为健康专业人员
该表格将用于帮助法院确定被诉人是否符合《CARE 法案》诉讼程序的诊断标准。

一般信息

1. 声明人姓名：

2. 办公地址、电话号码和电子邮箱地址：

3. **执照状态**（*填写 a 或 b*）：

   a. ☐ 本人是一名持照行为健康专业人员，在执照范围内进行本表所述之检查。本人拥有有效的加州执照（*勾选其一*）：

      (1) ☐ 医生。
      (2) ☐ 心理医生。
      (3) ☐ 临床社会工作者。
      (4) ☐ 婚姻和家庭治疗师。
      (5) ☐ 专业临床咨询师。

   b. ☐ 根据《福利与机构法》第 5751.2 条，本人已获得国家卫生保健服务部的执照豁免，原因如下（*勾选其一*）：

      (1) ☐ 我受雇为 ☐ 心理医生 ☐ 临床社会工作者 自 1979 年 1 月 1 日以来，本人始终在同一级别、同一计划或机构工作。

      (2) ☐ 本人在国家卫生保健服务部执照委员会注册，目的是积累经验以获得执照，并受雇或根据合同以下列身份提供心理健康服务（*勾选其一*）：

         (a) ☐ 临床社会工作者。
         (b) ☐ 婚姻和家庭治疗师。
         (c) ☐ 专业临床咨询师。

      (3) ☐ 本人正在积累经验，以其取得执照，受聘或根据合同提供心理健康服务。

《CARE 法案》诉讼程序委托人（*姓名*）： 被诉人	案件编号： 不得向法院提交

3. b. (4) ☐ 本人从外州招聘而来，个人经验足以获准参加加州执照考试。本人受雇或根据合同以下列身份提供心理健康服务（*勾选其一*）：
   (a) ☐ 心理医生。
   (b) ☐ 临床社会工作者。
   (c) ☐ 婚姻和家庭治疗师。
   (d) ☐ 专业临床咨询师。

4. 被诉人（*姓名*）：
   ☐ 是 ☐ 不是 本人持续护理和治疗的患者。

检查或在检查被诉人方面做出的尝试

5. 填写以下任一项：（*a 和 b 项都必须发生在提交《CARE 法案》申请书的 60 天内*）
   a. ☐ 本人检查被诉人的（*日期*）： （*前往第 7 项*）。
   b. ☐ 在以下日期： 本人试图检查被诉人，但因被诉人不配合检查而以失败告终。

6. （*只有在勾选了第 5b 项时才作答。*） 详细解释为检查被诉人而进行尝试的时间、尝试的次数以及尝试的类型。还要解释被诉人对这些尝试的反应以及每次尝试的结果。

7. 根据以下信息，我有理由相信被诉人符合《CARE 法案》诉讼程序的诊断标准（*被诉人**必须**满足以下各项要求才有资格参加《CARE 法案》诉讼程序*）：
   a. 被诉人经诊断患有精神分裂症谱系障碍或同一级别的其他精神病性障碍（*注明具体的障碍*）：

   注：根据《福利与机构法》第 5972 条，符合资格的精神病性障碍必须主要是精神疾病，并非由创伤性脑损伤、自闭症、痴呆症或神经系统疾病等引起。目前经诊断患有物质使用障碍但不符合其他法定标准（包括精神分裂症谱系或其他精神病性障碍诊断）的人不符合资格。

   b. 被诉人患有严重的心理疾病（*必须填写以下**所有**内容*）：
      (1) 十分严重，且持续存在（*详细解释*）：

《CARE 法案》诉讼程序委托人（*姓名*）： 被诉人	案件编号： 不得向法院提交

7. b. (2) 可能导致出现严重干扰日常生活主要活动的行为（*详细解释*）：

(3) 若不接受治疗、支持和康复服务，则可能导致长期或无限期无法稳定调节情绪和独立生活（*详细解释*）：

c. 被诉人在持续进行的自愿治疗中未达到临床稳定状态（*详细解释*）：

d. 以下至少一项说法正确（*请填写其中一项或两项*）：

(1) ☐ 若无监督，则被诉人不太可能在社区中安全生存，**且**被诉人的病情持续恶化（*详细解释*）：

(2) ☐ 被诉人需要服务和支持，以防止可能导致被诉人或其他人严重残疾或严重伤害的病情复发或恶化（*详细解释*）：

《CARE 法案》诉讼程序委托人（*姓名*）： 被诉人	案件编号： 不得向法院提交

7. e. 参与 CARE 计划或 CARE 协议将是确保被诉人恢复和稳定所需的限制最小的替代方案（*详细解释*）：

f. 被诉人有可能从参与 CARE 计划或 CARE 协议中获益（*详细解释*）：

8. ☐ 关于本人检查被诉人的其他信息 ☐ 请见下文 ☐ 附件 8。

根据加利福尼亚州法律，本人声明以上信息真实、正确，违者受伪证处罚。

日期：

（键入或正楷书写声明人的姓名）

不得向法院提交

（声明人签名）

仅提供英语版本的可填写线上表格。
为了您的安全和隐私，请在列印表格后按下“清除此表格”键。

打印此表格

储存此表格

仅提供英语版本的可填写线上表格。
清除此表格

CONFIDENTIAL

CARE-101

ATTORNEY OR PARTY WITHOUT ATTORNEY	STATE BAR NUMBER:		*FOR COURT USE ONLY*
NAME:			
FIRM NAME:			
STREET ADDRESS:			
CITY:	STATE:	ZIP CODE:	
TELEPHONE NO.:	FAX NO.:		
EMAIL ADDRESS:			
ATTORNEY FOR *(name)*:			
SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA, COUNTY OF ORANGE STREET ADDRESS: 3390 Harbor Boulevard MAILING ADDRESS: 3390 Harbor Boulevard CITY AND ZIP CODE: Costa Mesa 92626 BRANCH NAME: Costa Mesa Justice Complex			
CARE ACT PROCEEDINGS FOR *(name)*: RESPONDENT			
MENTAL HEALTH DECLARATION—CARE ACT PROCEEDINGS			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 *(name)*: RESPONDENT	CASE NUMBER:

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 item 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 serious mental disorder 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)*: RESPONDENT	CASE NUMBER:

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 *(name)*: RESPONDENT	CASE NUMBER:

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)

For your protection and privacy, please press the Clear This Form button after you have printed the form.

Print this form Save this form Clear this form