

CARE ACT- BECOME A LINK TO CARE (SPANISH)

SELF-HELP FORM PACKET



SHC-CC-04 (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 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 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.

Ley CARE



Conviértase en un vínculo de atención

DESCRIPCIÓN GENERAL

La Ley de Asistencia Comunitaria, Recuperación y Empoderamiento (**Ley CARE**) puede ayudar a alguien a vincular a una persona que vive con **Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia** u otros **Trastornos Psicóticos** sin tratamiento con recursos de atención comunitarios.

La persona que quiere ayudar se llama **Solicitante**. La persona que necesita la ayuda y atención se llama **Demandado**.

La **Ley CARE** no obliga al **Demandado** a recibir atención. El **Demandado** puede negarse a recibir atención o dejar de participar en cualquier momento. No hay sanciones civiles ni penales para el **Demandado**.

Si no está seguro de si la **Ley CARE** es el vínculo correcto de recursos para el **Demandado**, comuníquese con Servicios de Autoayuda antes de completar este paquete.

PARTICIPANTES

Solicitante

Un **Solicitante** puede vincular a un **Demandado** con recursos de atención a través de la **Ley CARE** presentando una petición ante la **Corte Testamentaria**. Sin embargo, no todas las personas que deseen ayudar a un **Demandado** pueden ser **Solicitantes**. Las siguientes personas pueden fungir como **Solicitantes**:

En relación con el **Demandado**:

- Padre, madre o tutor legal
- Cónyuge
- Hermano(a)
- Hijo(a)
- Abuelo(a)
- Compañero(a) de cuarto o departamento
- Trabajador(a) de ayuda para personas sin hogar
- El proveedor de servicios que esté tratando o que haya tratado recientemente al **Demandado**.
- El director de un hospital en el que el **Demandado** esté o haya estado recientemente hospitalizado.
- Los directores de agencias de servicios públicos y sus designados.
- Un socorrista que haya tenido contacto en repetidas ocasiones con el **Demandado**.

PALABRAS COMUNES

Ley CARE: La Ley de Asistencia Comunitaria, Recuperación y Empoderamiento (Community Assistance, Recovery, and Empowerment, CARE) creó un proceso legal para ayudar a personas que viven con Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia o Psicóticos.

Agencia de Atención Médica del Condado de Orange (Health Care Agency, HCA): Agencia en cuyos resultados y recursos se basa la Ley CARE.

Petición: Formulario CARE-100.

Solicitante: Persona o entidad que presenta el Formulario CARE-100.

Prima Facie: La primera vez que un Juez revisa el Formulario CARE-100 presentado para decidir si el Demandado califica según la Ley CARE.

Corte Testamentaria: Una división de la corte que supervisa casos que involucren derechos individuales fuera del derecho civil y penal.

Demandado: Una persona nombrada en el Formulario CARE-100 como alguien que califica según la Ley CARE.

Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia y Trastornos Psicóticos: Trastornos mentales graves que interfieren con las actividades diarias de una persona y su capacidad para ser independiente.

Colaborador voluntario: Persona de apoyo elegida por el Demandado para ayudarle a navegar la Ley CARE.

Demandado

Según la **Ley CARE**, una persona que necesita atención solo puede ser un **Demandado** si:

- Tiene al menos 18 años;
- Tiene un diagnóstico de **Trastorno del Espectro de la Esquizofrenia** u otro **Trastorno Psicótico**;
- Se puede obtener una declaración firmada por un profesional en salud del comportamiento autorizado que confirme el diagnóstico;
- Existen otros criterios de elegibilidad que serán evaluados en su totalidad por la corte para determinar si el **Demandado** califica según la **Ley CARE**.

Agencia de Atención Médica del Condado de Orange

La **Agencia de Atención Médica del Condado de Orange (HCA)** es responsable de proteger y promover la salud de la comunidad del Condado de Orange. Como núcleo de recursos centralizado, la **HCA** es un componente clave de la **Ley CARE**.

La **HCA** puede ser un **Solicitante de la Ley CARE**. Si la **HCA** no presentó la **Petición**, la **HCA** será responsable de comunicarse, investigar y presentar un informe a la corte sobre si el **Demandado** es elegible.

Si cree que alguien que necesita asistencia podría no ser elegible para la ayuda de la **Ley CARE**, comuníquese con la **HCA** para conocer otros recursos aquí:

1-855-OC-Links (625-4657)
de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

También, puede ingresar al OC Navigator de la **HCA**. Esta herramienta en línea ayuda a encontrar y a conectarse con recursos de apoyo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

www.ocnavigator.org

Defensor Público del Condado de Orange

Una vez que se presente la **Petición de la Ley CARE**, se designará a un Defensor Público (Public Defender, PD) del Condado de Orange para que represente al **Demandado**, sin costo alguno. El PD debe garantizar que se reconozcan los intereses del **Demandado** y que se cumplan los requisitos de la **Ley CARE**.

Colaborador Voluntario

Un **Demandado** puede elegir a un **Colaborador Voluntario**. El **Colaborador Voluntario** ayuda al **Demandado** a reflexionar sobre las posibles consecuencias de las opciones de atención que se le ofrecen, y a sentirse escuchado y comprendido. El **Colaborador Voluntario** puede asistir a las audiencias o a otras citas relacionadas.

GUÍA



Participantes



Formularios Completos



Declaración Jurada



Revisión



Presentación



Prima Facie

Juez

El Juez será un asistente neutral que garantizará que se cumpla **Ley CARE**. El Juez es responsable de determinar lo siguiente:

- El **Demandado** califica según la **Ley CARE**.
- El **Demandado** está dispuesto a participar.
- El **Demandado** comprende y acepta el plan de atención, y el plan sigue satisfaciendo las necesidades del **Demandado**.
- El **Demandado** recibió los beneficios disponibles.

PROCEDIMIENTO

[Si está leyendo este paquete en un dispositivo con acceso a Internet, se adjuntan los formularios en **NEGRITA**, sobre los que puede hacer clic para abrirlos y verlos de forma electrónica].

Si usted está listo para fungir como **Solicitante** y cree que un posible **Demandado** cumple todos los requisitos de la **Ley CARE**, debe llenar lo siguiente:

- CARE-100: Petición para Iniciar el Proceso de la Ley CARE**
- CARE-101: Declaración de Salud Mental**
 - Llene la parte superior de la página 1: Nombre e información de contacto del **Solicitante**, así como el nombre y número de caso.
 - El resto del formulario debe ser llenado por un profesional en salud del comportamiento autorizado, y se debe adjuntar al **CARE-100** en el momento de la presentación.
- CARE-105: Orden para el Informe de la Ley CARE**
 - Llene la parte superior de la página 1: Nombre e información de contacto del **Solicitante**, así como el nombre, número de caso y el Punto 1.
 - El resto de la **CARE-105** debe ser completado por la Corte.

Revisión de Documentos

Los Servicios de Autoayuda ofrecen un servicio opcional y gratuito de revisión de documentos para litigantes que se representen a sí mismos. Como parte de este servicio, un abogado o asistente legal revisará sus documentos para verificar que estén completos antes de presentarlos.

Nuestro personal no puede proporcionarle asesoría ni estrategias legales. Para que sus documentos sean revisados, puede elegir entre lo siguiente:

- Envío electrónico
 - Ingrese a:
<https://www.occourts.org/self-help/self-help-services>
 - Desplácese hasta el botón verde azulado “Comunicarse con Servicios de Autoayuda” y haga clic.
 - Llene todo el formulario de solicitud de asistencia y envíelo.

GUÍA



Participantes



Formularios Completos



Declaración Jurada



Revisión



Presentación



Prima Facie

- En persona
 - Central Justice Center
Self-Help Services, 1^{er} piso, sala G-100
700 Civic Center Drive West, Santa Ana, CA 92701
 - Costa Mesa Justice Complex
3390 Harbor Boulevard, Costa Mesa, CA 92626
 - Harbor Justice Center
Criminal Operations, 1^{er} piso, despacho 111
4601 Jamboree Road, Newport Beach, CA 92660
 - Lamoreaux Justice Center
Self-Help Services, 1.º piso
341 The City Drive South
Orange, CA 92868
 - North Justice Center
Criminal/Traffic Operations, 3^{er} piso
1275 North Berkeley Avenue, Fullerton, CA 92832
 - West Justice Center
Criminal/Traffic Operations, 1^{er} piso
8141 13th Street, Westminster, CA 92683

Presentación

El Solicitante de la Ley CARE debe hacer la presentación en el condado donde:

- Viva el **Demandado**
- Se encuentre al **Demandado**
- El **Demandado** se enfrente a un proceso penal o civil

En el Condado de Orange, puede presentarse una **Petición de Ley CARE** de las siguientes maneras:

- En persona:
 - Central Justice Center
Self-Help Services, 1^{er} piso, sala G-100
700 Civic Center Drive West, Santa Ana, CA 92701
 - Costa Mesa Justice Complex
3390 Harbor Boulevard, Costa Mesa, CA 92626
 - Harbor Justice Center
Criminal Operations, 1^{er} piso, despacho 111
4601 Jamboree Road, Newport Beach, CA 92660
 - Lamoreaux Justice Center
Self-Help Services, 1.º piso
341 The City Drive South
Orange, CA 92868

GUÍA



Participantes



Formularios Completos



Declaración Jurada



Revisión



Presentación



Prima Facie

- North Justice Center
Criminal/Traffic Operations, 3^{er} piso
1275 North Berkeley Avenue, Fullerton, CA 92832
- West Justice Center
Criminal/Traffic Operations, 1^{er} piso
8141 13th Street, Westminster, CA 92683
- Buzón ubicado fuera del Costa Mesa Justice Complex, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Por correo:
 - Costa Mesa Justice Complex
ATTN: Probate Filing Clerk
3390 Harbor Boulevard, Costa Mesa, CA 92626
- Presentación electrónica:
 - Ingrese a: <https://www.occourts.org/online-services/efiling/efiling-probate-mental-health>

Cuota de Presentación

No hay que pagar cuotas de presentación.

¿Cuáles son los pasos a seguir?

El Juez revisará la **Petición de la Ley CARE** y determinará si las necesidades del **Demandado** cumplen los requisitos básicos de la **Ley CARE**. Esto se llama revisión **Prima Facie**.

Si el **Demandado** no cumple los requisitos, el Juez desestimaré el caso.

Si el **Demandado** cumple los requisitos, el Juez asignará a la **HCA** la tarea de completar un informe y nombrará a un Defensor Público para que represente al **Demandado**.

Una vez que se complete el informe, el Juez deberá decidir si sigue adelante con el desarrollo de un plan de atención para satisfacer las necesidades del **Demandado**.

GUÍA



Participantes



Formularios Completos



Declaración Jurada



Revisión



Presentación



Prima Facie

Esta hoja informativa describe la Ley CARE y cómo completar la *Petición para comenzar el proceso de la Ley CARE* (formulario CARE-100). También puede recibir asistencia en el centro de ayuda de la corte. Vaya a <https://selfhelp.courts.ca.gov/es/self-help/find-self-help> para encontrar el que corresponde a su corte.

1 ¿Qué es la Ley CARE?

CARE son las siglas en inglés de Asistencia Comunitaria, Recuperación y Empoderamiento. La Ley CARE es una forma de permitir que personas específicas, llamadas “solicitantes”, soliciten tratamiento, servicios, apoyo y un plan de vivienda ordenados por la corte para ciertas personas, llamadas “demandados”, que sufren de ciertas enfermedades mentales graves no tratadas, específicamente de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos. Un demandado debe tener 18 años o más.

El proceso de la Ley CARE implica evaluaciones y audiencias para determinar si el demandado cumple los requisitos de elegibilidad. Una agencia de salud conductual del condado participará en el proceso. Si el demandado cumple los estándares de elegibilidad para CARE, se puede crear un acuerdo o plan CARE y, si se aprueba, puede ser ordenado por la corte.

2 ¿Qué es un acuerdo CARE o plan CARE?

Un acuerdo CARE y un plan CARE son documentos escritos que especifican los servicios diseñados para apoyar la recuperación y estabilidad del demandado. Deben ser aprobados por orden de la corte. Pueden incluir atención clínica de salud conductual; consejería; psicoterapias, programas y tratamientos especializados; medicamentos de estabilización; un plan de vivienda; y otros apoyos y servicios directos e indirectos a través de una entidad del gobierno local. Los medicamentos de estabilización no deben ser administrados a la fuerza.

Un acuerdo CARE es un acuerdo voluntario que se celebra entre un demandado y la agencia de salud conductual del condado después de que una corte haya determinado que el demandado es elegible para el programa CARE. El acuerdo está sujeto a modificación por parte de la corte, antes de ser aprobado.

Un plan CARE es una gama personalizada de servicios y apoyos basados en la comunidad para el demandado que es ordenado la corte.

3 ¿Ha considerado alternativas al proceso de la Ley CARE?

Puede haber otras formas de ayudar a una persona con una enfermedad mental grave. Si la persona tiene un seguro de salud comercial, contacte al plan de salud/asegurador. Si no sabe si la persona tiene un seguro de salud comercial o si no tiene un seguro comercial, comuníquese con la agencia de salud conductual de su condado o consulte su sitio web para obtener información sobre los servicios. Las agencias de salud conductual del condado ofrecen una variedad de servicios, desde consejería, psiquiatras, psicólogos o terapeutas, hasta sociedades de servicio completo, servicios de rehabilitación de salud mental, servicios de apoyo entre pares, administración intensiva de caso, servicios de crisis, atención residencial, tratamiento de trastornos por sustancias, tratamiento asertivo comunitario y vivienda de apoyo. Los condados están obligados a proveer servicios a los beneficiarios de Medi-Cal que califiquen para servicios especializados de salud mental y de trastornos por uso de sustancias, pero también pueden proveer acceso a sus servicios a una población más amplia, dependiendo del financiamiento local y de los criterios de elegibilidad, sin una orden de la corte.

Una *sociedad de servicio completo* está diseñada para una persona con una enfermedad mental grave que se beneficiaría de un programa de servicio intensivo. Una sociedad de servicio completo puede ayudar a una persona que no tiene hogar, que está involucrada con el sistema de justicia o que usa con frecuencia la atención psiquiátrica de crisis. El *tratamiento asertivo comunitario* es una forma de atención de salud mental que se presta en un entorno comunitario para ayudar a una persona a independizarse e integrarse a la comunidad a medida que se recupera.

Averigüe si la persona tiene una directiva por anticipado de atención de la salud o una directiva por anticipado de atención psiquiátrica, en la cual designa a un representante para que tome las decisiones de atención de la salud en su nombre cuando esa persona no pueda hacerlo. Considere también averiguar sobre los servicios sociales y las organizaciones comunitarias locales.

4 ¿Cómo puedo completar la *Petición para comenzar el proceso de la Ley CARE* (formulario CARE-100)?

Punto 1: ¿Quién puede ser el solicitantes?

El solicitantes es la persona que solicita iniciar el proceso de la Ley CARE para una persona con una enfermedad mental grave que necesita ayuda.

Para ser un solicitantes, usted tiene que tener 18 años o más y **tiene que** pertenecer a una de las siguientes categorías para poder solicitar el proceso de la Ley CARE para un demandado:

- Una persona que vive con el demandado.
- Un cónyuge o pareja de hecho registrada, padre/madre, hermano(a), hijo(a) o abuelo(a) del demandado.
- Una persona que actúa en lugar de uno de los padres para el demandado.
- El director de un hospital, o su designado, donde esté o haya estado hospitalizado recientemente el demandado.
- El director de una agencia pública o benéfica, o su designado, que en los últimos 30 días haya prestado o que actualmente preste servicios de salud conductual al demandado o en cuya institución resida el demandado.
- Un profesional autorizado de la salud conductual, o su designado, que esté o haya estado supervisando el tratamiento del o que esté tratando al demandado por una enfermedad mental en los últimos 30 días.
- El director de una agencia de salud conductual del condado, o su designado, del condado donde reside o se encuentra el demandado.
- Un juez de una corte tribal ubicada en California, o su designado.
- El director de los servicios de protección de adultos, o su designado, del condado donde reside o se encuentra el demandado.
- El director de un programa de servicios de salud para indígenas de California o de un departamento de salud conductual tribal de California, o su designado.
- Un primer interviniente—incluido un agente del orden público, bombero, paramédico, técnico en emergencias médicas, trabajador de respuesta móvil ante crisis o trabajador de alcance comunitario para las personas sin hogar—que ha tenido repetidas interacciones con el demandado en forma de múltiples arrestos, detenciones y transporte conforme al Código de Bienestar e Instituciones, sección 5150, múltiples intentos de hacer que el demandado participe en un tratamiento voluntario u otros esfuerzos repetidos para ayudar al demandado a obtener asistencia profesional.
- El tutor público, o su designado, del condado donde se encuentre o se crea razonablemente que se encuentra el demandado, o un tutor privado designado por la corte conforme a la Ley Lanterman-Petris-Short (LPS), si es referido por la corte LPS.
- El demandado.

En el punto 1, ingrese su nombre y marque la casilla junto al (a los) tipo(s) de solicitantes(s) elegible(s) que aplique(n) en su caso.

Punto 2: Relación con el demandado

Ingrese el nombre del demandado en el punto 2a y describa la naturaleza de su relación con el demandado en el punto 2b. Si usted es un solicitantes de un hospital, una agencia pública o benéfica, un benéfica o un profesional autorizado de la salud conductual que ha tratado o supervisado al demandado, debe incluir en el punto 2c el número de interacciones, la fecha de la interacción más reciente y la naturaleza y el resultado de cada interacción.

Punto 3: Dirección o última ubicación conocida del demandado

Si sabe dónde vive el demandado, incluya la dirección en el punto 3. Si no conoce la dirección del demandado, o si éste no tiene una, especifique que se desconoce la dirección y provea la última ubicación conocida y cualquier información de contacto adicional que pueda ser útil para localizar al demandado, como un número de teléfono o una dirección de correo electrónico.

Punto 4: Condado de presentación

En el punto 4, explique por qué es apropiado presentar la petición en el condado donde la presenta. El demandado debe vivir en el condado, estar actualmente en el condado o enfrentarse a un caso legal en el condado. Marque todas las que correspondan. Si la persona no vive en el condado, también es útil incluir dónde vive, si lo sabe.

Punto 5: Elegibilidad del demandado

Debe proporcionar hechos e información de respaldo para demostrar que el demandado es elegible para el proceso de la Ley CARE. Para que el demandado sea elegible se deben cumplir **todos** los siguientes requisitos, indicados en el punto 5 del formulario CARE-100. Tenga en cuenta que los ejemplos que se muestran a continuación son solo ejemplos de circunstancias que **podrían** calificar. Todas las determinaciones de elegibilidad son específicas para cada caso.

Requisitos	Explicaciones	Ejemplos
El demandado debe tener 18 años o más (punto 5a) y debe:		
<p>Tener un diagnóstico de un trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico de la misma clase, según se define en el actual <i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales</i> (punto 5b).</p>	<p>Solo una persona con un trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico es elegible para el proceso de la Ley CARE. Una persona que solo padece otra enfermedad mental grave, como un trastorno bipolar o una depresión mayor, no es elegible.</p> <p>Nota: El trastorno psicótico no debe estar basado en una afección médica, incluida una afección de salud física como una lesión cerebral traumática, autismo, demencia o una afección neurológica. Una persona con un diagnóstico actual de trastorno por uso de sustancias también debe tener un trastorno psicótico y cumplir todos los demás criterios del punto 5 para ser elegible.</p>	<p>Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno esquizotípico de la personalidad y otros trastornos psicóticos.</p>
<p>Padecer actualmente una enfermedad mental que (punto 5c):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es grave en grado y persistente en duración (punto 5c(1)) • Puede causar un comportamiento que interfiere sustancialmente con las actividades de la vida diaria (punto 5c(2)), y • Puede causar una incapacidad para mantener un ajuste estable y un funcionamiento independiente sin tratamiento, apoyo y rehabilitación durante un período largo o indefinido (punto 5c(3)). 	<p>Indique cualquier comportamiento, como delirios, alucinaciones o cambios de humor inusuales y continuos, que interfieren sustancialmente en la capacidad del demandado para realizar tareas esenciales y de rutina necesarias para el trabajo o el cuidado personal.</p> <p>Describa por qué cree que el demandado no es capaz de vivir de forma independiente, funcionar en la comunidad y cuidar de su condición y sus relaciones sociales, sin ayuda adicional.</p>	<p>Si la causa es una enfermedad mental crónica, prolongada o recurrente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para cuidar de sí mismo (p. ej., bañarse, afeitarse, obtener y consumir alimentos, vestirse apropiadamente para el clima, conseguir atención de salud o seguir consejos médicos). • Dificultad para mantener una residencia, usar el transporte o administrar el dinero día a día. • Dificultad para concentrarse o completar las tareas según lo programado. • Dificultad para funcionar socialmente, crear y mantener relaciones. • Antecedentes recientes de incapacidad para cuidar de sí mismos (bañarse, afeitarse, conseguir comida y alimentarse, usar el baño) diariamente sin ayuda adicional.

Requisitos	Explicaciones	Ejemplos
<p>No estar clínicamente estabilizado en tratamiento voluntario en curso (punto 5d).</p>	<p>Describa por qué cree que el demandado no recibe el apoyo adecuado en un programa de tratamiento voluntario para que su condición y síntomas sean estables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Rechazo repetido y continuo, sin motivo, a aceptar un tratamiento voluntario. Aceptar temporalmente un tratamiento voluntario que se ve interrumpido por no continuar o negarse a continuar el tratamiento sin motivo. Se acepta el tratamiento voluntario, pero ese tratamiento no es efectivo para estabilizar al demandado.
<p>Al menos una de las siguientes declaraciones debe ser cierta (punto 5e):</p>		
<p>Es poco probable que el demandado sobreviva de forma segura en la comunidad sin supervisión y su condición se está deteriorando sustancialmente (punto 5e(1)).</p> <p>O</p>	<p>Indique los casos recientes en los que el demandado ha necesitado supervisión para sobrevivir en la comunidad debido a la falta de orientación en la realidad, confusión o deterioro de la percepción.</p> <p>Describa cómo ha empeorado rápidamente la capacidad del demandado para pensar con claridad, comunicarse o participar en actividades regulares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalizaciones recientes o frecuentes debido a síntomas como delirios, alucinaciones, desorganización, deterioro de la percepción, deterioro del juicio. Arrestos recientes o frecuentes debido a enfermedades mentales.
<p>El demandado necesita servicios y apoyos para evitar una recaída o un deterioro que probablemente resultaría en una discapacidad severa o un daño grave para el demandado u otras personas (punto 5e(2)).</p>	<p>Describa cómo el demandado sería incapaz de sobrevivir de forma segura, quedaría gravemente discapacitado o causaría daños graves a otras personas o a sí mismo a menos que recibiera servicios y apoyos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Discapacidad severa</i> significa que una persona no es capaz, debido a una enfermedad mental, de satisfacer sus necesidades personales básicas de alimentación, vestimenta o alojamiento. <i>Daño grave</i> incluye lesiones que causan dolor extremo, alto riesgo de muerte o pérdida de funciones físicas o mentales. 	<ul style="list-style-type: none"> Una persona que tiene acceso a una vivienda inmediata y segura pero elige vivir en condiciones que podrían poner en peligro su salud, como resultado de una enfermedad mental. Una persona que ha intentado suicidarse recientemente a causa de su enfermedad mental y aún expresa el deseo de hacerse daño a sí misma. Comportamiento de autolesión, como caminar hacia el tráfico o hacerse daño a sí mismo sin darse cuenta a través de un comportamiento que los pone en riesgo de sufrir lesiones graves o perder la vida.

Requisitos	Explicaciones	Ejemplos
La participación del demandado en un plan CARE o acuerdo CARE debe:		
Ser la alternativa menos restrictiva necesaria para asegurar la recuperación y estabilidad del demandado (punto 5f), y	<p>Explicar cómo la participación en un plan CARE o acuerdo CARE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sería necesaria porque otras alternativas menos restrictivas no asegurarían suficientemente la recuperación y estabilidad del demandado, potencialmente porque otras alternativas menos restrictivas no han tenido éxito. • Satisfaría efectivamente las necesidades de tratamiento del demandado y, al mismo tiempo, limitaría lo menos posible sus derechos y libertades personales. 	<p>Las alternativas menos restrictivas pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sociedades voluntarias de servicio completo, que son relaciones colaborativas entre el condado y la persona, y cuando corresponda la familia de la persona, a través de las cuales el condado planifica y provee todo el espectro de servicios comunitarios. • Toma de decisiones con apoyo, que consiste en un proceso individualizado de apoyo y adaptación a un adulto con discapacidad para que pueda tomar decisiones importantes sobre su vida sin impedir su autodeterminación. • Tratamiento asertivo comunitario, que es una opción de tratamiento centrado en la persona y basado en la recuperación que emplea una proporción baja de clientes por personal.
Ser probablemente beneficiosa para el demandado (punto 5g).	Explique cómo la participación en un plan CARE podría ayudar al demandado a estabilizar y mejorar su estado y situación actuales.	<ul style="list-style-type: none"> • La mejora previa del demandado al participar en programas de tratamiento similares. • Opinión médica según la cual el paciente se beneficiaría del tratamiento.

Nota: Incluya en la petición toda la información que sea posible para cada punto mencionado anteriormente. También puede adjuntar cualquier documento que tenga y que considere que respalda uno o varios de los puntos.

Punto 6: Documentación requerida

Debe adjuntar documentación de apoyo a la petición. Esa documentación debe incluir una de estas dos cosas:

- Una declaración de un profesional autorizado de la salud conductual en *Declaración de salud mental—Proceso de la Ley CARE* (formulario CARE-101); **O**
- Pruebas que demuestren que el demandado fue detenido por un mínimo de dos tratamientos intensivos, el más reciente durante los últimos 60 días. Las pruebas pueden incluir copias de la certificación del tratamiento intensivo, una declaración de un testigo del tratamiento intensivo u otros documentos que demuestren que el demandado fue detenido dos veces durante un máximo de 14 días de tratamiento intensivo. Las pruebas deben incluir las fechas del último periodo de tratamiento. **Nota:** Para los fines de la Ley CARE, el “tratamiento intensivo” sólo incluye el tratamiento involuntario autorizado por el Código de Bienestar e Instituciones sección 5250. **No** se refiere al tratamiento autorizado por cualquier otro estatuto, que incluye, entre otros, las retenciones por 72-horas conforme al Código de Bienestar e Instituciones sección 5150 o tratamientos conforme al Código de Bienestar e Instituciones secciones 5260, 5270.15.

Punto 7: Inscripción tribal o servicios de un proveedor de atención médica para indígenas americanos (opcional)

Si sabe o cree que el demandado es miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal, o que recibe servicios de un proveedor de atención médica para indígenas, de una corte tribal o de una organización tribal, incluya esa información en el punto 7.

Nota: La petición será procesada incluso si no completa el punto 7.

Punto 8: Remisión de otra corte (opcional)

Si presenta una petición basada en una remisión de un proceso de la corte, marque esta casilla. Indique qué corte hizo la remisión e incluya el número del caso y el departamento, si los sabe. Si sabe de qué tipo de proceso de los indicados en la petición fue remitido, marque la casilla correspondiente en el punto 8c. De lo contrario, deje el punto 8 en blanco y no marque la casilla. Si tiene una copia de la orden de la corte que hace la remisión, ponga como título “Item 8” (Punto 8) y adjúntela a la petición.

Nota: La petición será procesada incluso si no completa el punto 8.

Punto 9: Información útil

En el punto 9, marque cualquiera de las casillas que apliquen al demandado, si lo sabe.

Nota: La petición será procesada incluso si no completa el punto 9.

Punto 10: Adjuntos

En el punto 10, indique el número total de páginas adjuntas a la petición.

Firma: Debe escribir la fecha, su nombre en letra de molde y *firmar la petición bajo pena de perjurio*, lo que significa que si sabe que algo de lo que ha dicho es falso, puede ser responsable penalmente. Si tiene un abogado que le ayude, también firmará.

5 ¿Es necesaria la entrega legal de la petición del proceso?

No. Para iniciar el proceso de la Ley CARE, no es necesario que provea a nadie, excepto a la corte, con una copia de la petición.

6 ¿Qué sucederá después de que presente la petición?

Después de presentar una petición bajo la Ley CARE, la corte revisará de inmediato la petición y los documentos de apoyo para determinar si muestran que el demandado cumple o podría cumplir los requisitos descritos anteriormente. Luego hará una de las siguientes cosas:

- Desestimar la petición.** La corte hará esto si determina (1) que la petición no muestra que el demandado cumple o puede cumplir los requisitos de elegibilidad de la Ley CARE o (2) que el demandado está trabajando voluntariamente con la agencia del condado, su participación es efectiva, y el demandado se ha inscrito o es probable que se inscriba en un tratamiento voluntario a través del condado u otro proveedor.
- Ordenar un informe.** Si la corte encuentra que la petición muestra que el demandado cumple o puede cumplir los criterios para el proceso de la Ley CARE, la corte ordenará a una agencia del condado que involucre al demandado y presente un informe por escrito a la corte dentro de 14 días hábiles. Se le notificará a usted y al demandado que se ha ordenado el informe.
- Fijar una comparecencia inicial.** La corte fijará una comparecencia inicial si encuentra que el informe de la agencia del condado apoya la demostración de la petición de que el demandado cumple o puede cumplir con los requisitos de elegibilidad de la Ley CARE y la participación del condado con el demandado no fue efectiva. La corte también le ordenará al condado que le avise de la audiencia a usted, al demandado, al abogado designado por el demandado y a la agencia de salud conductual del condado.

Nota: Los procedimientos son algo diferentes si la agencia de salud conductual del condado es el solicitantes.

7 ¿Qué sucede en la comparecencia inicial?

Usted, el solicitantes, debe estar presente en la audiencia inicial, o la corte puede desestimar la petición. Recibirá un aviso por correo con la fecha, hora y lugar de la audiencia.

Nota: En la comparecencia inicial, el director de la agencia de salud conductual del condado, o su designado, lo reemplazará como solicitantes.

8 ¿Qué derechos tienen los solicitantes?

Si usted vive con el demandado, es cónyuge o pareja de hecho registrada, padre/madre, hermano(a), hijo(a) o abuelo(a) del demandado, o alguien que sustituye a uno de los padres del demandado, tiene derecho a participar durante la audiencia para determinar los méritos de la petición. La corte puede, a su discreción, asignarle derechos continuos de aviso. Si el demandado está de acuerdo, la corte le puede permitir participar en el resto del proceso de la Ley CARE.

Si se desestima el caso y luego hay un cambio en las circunstancias, puede presentar una nueva petición en la corte.

Si usted es un solicitante que no figura en la lista anterior, tiene derecho a hacer una declaración en la audiencia sobre los méritos de la petición, pero no se le asignarán derechos continuos.

9 ¿Qué es un litigante abusivo?

La corte puede determinar que una persona es un litigante abusivo si esa persona presenta más de una petición bajo la Ley CARE que no tiene base en la verdad o la realidad o tiene la intención de acosar o molestar al demandado. Una persona considerada litigante abusivo puede ser incluida en una lista de litigantes abusivos elaborada y mantenida por el Consejo Judicial. La corte puede ingresar una orden que impida a un litigante abusivo presentar cualquier nuevo litigio, lo que puede incluir otros tipos de casos (no solo peticiones bajo la Ley CARE), sin obtener primero el permiso del juez que preside. Si se emite dicha orden, el litigante abusivo que no siga la orden puede ser castigado por desacato a la corte, lo que podría resultar en multas o prisión.

10 ¿Qué sucede si no hablo inglés?

Cuando presente sus documentos, pregúntele al secretario si hay un intérprete de la corte disponible. También puede usar la *Solicitud de intérprete (Casos civiles)* (formulario [INT-300](#)) o un formulario o sitio web de la corte local para solicitar un intérprete. Para obtener más información sobre los intérpretes de la corte, vaya a <https://selfhelp.courts.ca.gov/es/solicitar-un-interprete>.

11 ¿Qué pasa si tengo una discapacidad?

Si tiene una discapacidad y necesita una modificación mientras está en la corte, puede usar la *Solicitud de modificación para personas con discapacidad* (formulario [MC-410](#)) para hacer su solicitud. También puede pedir ayuda al Coordinador de la ADA de su corte. Para obtener más información, consulte *Cómo solicitar una modificación para personas con discapacidad* (en la corte formulario [MC-410-INFO S](#)) o vaya a <https://selfhelp.courts.ca.gov/jcc-form/MC-410>.

ABOGADO O SOLICITANTE SIN ABOGADO NÚM. DEL COLEGIO DE ABOGADOS: NOMBRE: NOMBRE DE LA FIRMA: DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: TELÉFONO: FAX: EMAIL: ABOGADO DE (<i>nombre</i>):	SOLO PARA USO DE LA CORTE <h2 style="margin: 0;">Solo para información No entregue a la corte</h2>
CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE DIRECCIÓN: DIRECCIÓN POSTAL: CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: NOMBRE DE SUCURSAL:	
PROCESO DE LA LEY CARE PARA (<i>nombre</i>): <div style="text-align: right;">DEMANDADO</div>	
PETICIÓN PARA COMENZAR UN PROCESO DE LA LEY CARE	NÚMERO DE CASO: <h2 style="margin: 0;">No entregue a la corte</h2>
Para obtener información sobre cómo completar este formulario, vea <i>Información para los solicitantes—Acerca de la Ley CARE</i> (formulario CARE-050-INFO).	

1. El solicitante (*nombre*):
 tiene 18 años o más y es (*marque todas las que correspondan*):
- | | |
|---|---|
| a. <input type="checkbox"/> Una persona que vive con el demandado.
b. <input type="checkbox"/> Un cónyuge o pareja de hecho registrada, padre o madre, hermano/a, hijo/a o abuelo/a del demandado.
c. <input type="checkbox"/> Una persona que actúa en lugar de uno de los padres para el demandado.
d. <input type="checkbox"/> El director* de un hospital donde está hospitalizado el demandado.
e. <input type="checkbox"/> El director* de una organización pública o benéfica, agencia u hogar
(1) <input type="checkbox"/> que presta o ha prestado, en los últimos 30 días, servicios de salud conductual al demandado; o
(2) <input type="checkbox"/> en cuya institución reside el demandado.
f. <input type="checkbox"/> Un profesional autorizado de la salud conductual* que está o ha estado, en los últimos 30 días, tratando o supervisando el tratamiento del demandado. | g. <input type="checkbox"/> Un primer interviniente, incluido un agente del orden público, bombero, paramédico, técnico de emergencias médicas, trabajador de respuesta móvil ante crisis o trabajador de alcance comunitario para personas sin hogar que ha tenido repetidas interacciones con el demandado.
h. <input type="checkbox"/> El tutor público* del condado indicado arriba o un tutor privado referido por la corte conforme al Código de Bienestar e Instituciones, sección 5978.
i. <input type="checkbox"/> El director* de la agencia de salud conductual del condado indicado arriba.
j. <input type="checkbox"/> El director* de los servicios de protección de adultos del condado indicado arriba.
k. <input type="checkbox"/> El director* de un programa de servicios de salud para indígenas de California o de un departamento tribal de salud conductual de California.
l. <input type="checkbox"/> Un juez de una corte tribal de California*.
m. <input type="checkbox"/> El demandado. |
|---|---|

* Esta persona puede designar a otra para que presente la petición en su nombre. Si el solicitante es una persona designada, marque esta categoría y escriba el nombre de la persona designada en el punto 1, arriba.

2. a. El solicitante solicita a la corte que determine que el demandado (*nombre*):
 es elegible para participar en el proceso de la Ley CARE y para iniciar el proceso de la Ley CARE para el demandado.
- b. Relación del solicitante con el demandado (*especifique y describa la relación*):

PROCESO DE LA LEY CARE PARA (<i>nombre</i>):	NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte
DEMANDADO	

5. c. El demandado está experimentando actualmente una enfermedad mental grave, como se define en el Código de Bienestar e Instituciones, sección 5600.3(b)(2), ya que la enfermedad:
- (1) Es grave en grado y persistente en duración;
 - (2) Puede causar un comportamiento que interfiere sustancialmente con las actividades primarias de la vida diaria del demandado; **y**
 - (3) Puede resultar en la incapacidad del demandado para mantener un ajuste estable y un funcionamiento independiente sin tratamiento, apoyo y rehabilitación durante un periodo largo o indefinido.

Se provee información de respaldo sobre la gravedad, la duración y los riesgos del trastorno del demandado

- en *Declaración de salud mental—Proceso de la Ley CARE* (formulario CARE-101), adjunto con el título “Attachment 6a” (Adjunto 6a).
- en documentos separados, adjuntos y con el título “Attachment 5c” (Adjunto 5c).
- a continuación.

- d. El demandado no está actualmente estabilizado en un tratamiento voluntario en curso. La estabilidad y el tratamiento actuales del demandado se describen

- en *Declaración de salud mental—Proceso de la Ley CARE* (formulario CARE-101), adjunto con el título “Attachment 6a” (Adjunto 6a).
- en documentos separados, adjuntos y con el título “Attachment 5d” (Adjunto 5d).
- a continuación.

PROCESO DE LA LEY CARE PARA (<i>nombre</i>): <div style="text-align: right;">DEMANDADO</div>	NÚMERO DE CASO: <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">No entregue a la corte</div>
---	---

5. e. Al menos una de estas declaraciones es cierta (*complete (1) o (2) o ambas*):

(1) Es poco probable que el demandado sobreviva de forma segura en la comunidad sin supervisión y su condición se está deteriorando sustancialmente. Se describen las razones por las que es poco probable que el demandado sobreviva de forma segura en la comunidad, el tipo de supervisión que necesitaría para sobrevivir de forma segura y en qué medida ha empeorado recientemente su estado físico o mental

- en *Declaración de salud mental—Proceso de la Ley CARE* (formulario CARE-101), adjunto con el título “Attachment 6a” (Adjunto 6a).
- en documentos separados, adjuntos y con el título “Attachment 5e(1)” (Adjunto 5e(1)).
- a continuación.

(2) El demandado necesita servicios y apoyos para evitar una recaída o un deterioro que podría llevar a una discapacidad grave o a causar daños graves al demandado o a otras personas. Los servicios y apoyos que necesita el demandado y las razones por las que quedaría gravemente discapacitado o presentaría un riesgo de daño para sí mismo o para los demás se describen

- en *Declaración de salud mental—Proceso de la Ley CARE* (formulario CARE-101), adjunto con el título “Attachment 6a” (Adjunto 6a).
- en documentos separados, adjuntos y con el título “Attachment 5e(2)” (Adjunto 5e(2)).
- a continuación.

PROCESO DE LA LEY CARE PARA (nombre): <div style="text-align: right;">DEMANDADO</div>	NÚMERO DE CASO: <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">No entregue a la corte</div>
--	---

5. f. La participación en un plan CARE o en un acuerdo CARE sería la alternativa menos restrictiva necesaria para asegurar la recuperación y la estabilidad del demandado. Una descripción de los planes de tratamiento alternativos disponibles y una explicación de por qué ningún plan de tratamiento alternativo menos restrictivo de la libertad del demandado podría asegurar su recuperación y estabilidad se proporciona
- en *Declaración de salud mental—Proceso de la Ley CARE* (formulario CARE-101), adjunto con el título “Attachment 6a” (Adjunto 6a).
- en documentos separados, adjuntos y con el título “Attachment 5f” (Adjunto 5f).
- a continuación.

- g. Es probable que el demandado se beneficie de la participación en un plan CARE o en un acuerdo CARE. Las razones que apoyan esta afirmación se proporcionan
- en *Declaración de salud mental—Proceso de la Ley CARE* (formulario CARE-101), adjunto con el título “Attachment 6a” (Adjunto 6a).
- en documentos separados, adjuntos y con el título “Attachment 5g” (Adjunto 5g).
- a continuación.

6. Documentación requerida

Las pruebas descritas a continuación se adjuntan en apoyo de esta petición. (*Adjunte los documentos indicados en a o b, o ambos, y marque la casilla junto a la descripción de cada documento o conjunto de documentos adjuntos.*)

- a. Una *Declaración de salud mental—Proceso de la Ley CARE* (formulario CARE-101) completada, la declaración de un profesional autorizado de la salud conductual en la que se indique que, no más de 60 días antes de la presentación de esta petición, el profesional o una persona designada por él
- (1) examinó al demandado y determinó que cumplía los criterios de diagnóstico para poder participar en el proceso de la Ley CARE; o
- (2) ha hecho varios intentos de examinar al demandado, pero no ha logrado obtener su cooperación y tiene razones, explicadas con precisión, para creer que el demandado cumple los criterios de diagnóstico de elegibilidad para participar en el proceso de la Ley CARE.

Adjunte una *Declaración de salud mental—Proceso de la Ley CARE* (formulario CARE-101) y ponga como título “Attachment 6a” (Adjunto 6a).

PROCESO DE LA LEY CARE PARA (nombre): _____ <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">DEMANDADO</div>	NÚMERO DE CASO: <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">No entregue a la corte</div>
---	---

6. b. Pruebas de que el demandado estuvo detenido durante al menos dos periodos de tratamiento intensivo, el más reciente en los últimos 60 días. Ejemplos de pruebas: una copia de la certificación del tratamiento intensivo, una declaración de un testigo del tratamiento intensivo u otra documentación que indique la detención involuntaria y la certificación de hasta 14 días de tratamiento intensivo. *(Adjunte todos los documentos de respaldo y ponga como título a cada uno, en orden, "Attachment 6b1" (Adjunto 6b(1)), "Attachment 6b2" (Adjunto 6b2), "Attachment 6b3" (Adjunto 6b3), etc.)*

Nota: Para los fines de la Ley CARE, "tratamiento intensivo" se refiere al tratamiento involuntario autorizado por el Código de Bienestar e Instituciones, sección 5250. **No** se refiere a tratamientos autorizados por otros estatutos, incluidos, entre otros, el Código de Bienestar e Instituciones, secciones 5150, 5260, y 5270.15.

Información opcional

7. Afiliación tribal

- a. El demandado es miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal.
Nombre y dirección postal de la tribu: _____

- b. El demandado está recibiendo servicios de un programa de servicios de salud para indígenas de California, un departamento de salud conductual tribal de California o una corte tribal de California.
Nombre y dirección postal del programa, departamento o corte: _____

8. Esta petición se basa en una referencia de otro proceso de la corte.

- a. Corte, departamento y juez: _____

- b. Número de caso: _____

- c. Tipo de proceso desde el que fue remitido el demandado:

- (1) Competencia para someterse a juicio por delitos menores (Cód. Penal, sección, § 1370.01)
 (2) Tratamiento ambulatorio asistido (Cód. de Bienestar e Instituciones, secciones, §§ 5346–5348)
 (3) Tutela bajo la Ley de Lanterman-Petris-Short (Cód. de Bienestar e Instituciones, secciones, §§ 5350–5372)
 Orden de la corte adjunta y con el título "Attachment 8" (Adjunto 8) (opcional).

9. Marque todas las declaraciones siguientes que sean ciertas:

- a. El demandado necesita servicios de interpretación o una modificación *(especifique)*: _____
- b. El demandado está bajo la jurisdicción de una corte de menores *(especifique qué corte)*: _____
- c. El demandado está actualmente bajo tutela de adulto *(especifique cuál corte)*: _____
- d. El demandado es atendido por un Centro regional *(especifique cuál)*: _____
- e. El demandado es o ha sido miembro de las fuerzas armadas estatales o federales o de las reservas *(especifique de cuál rama)*: _____

10. Número de páginas adjuntas: _____

Fecha:

(ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ABOGADO)



Solo para información

(FIRMA DEL ABOGADO)

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha:

(ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL SOLICITANTE)



Solo para información

(FIRMA DEL SOLICITANTE)

ATTORNEY OR PETITIONER WITHOUT ATTORNEY NAME: FIRM NAME: STREET ADDRESS: CITY: STATE: ZIP CODE: TELEPHONE NO.: FAX 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		
PETITION TO BEGIN CARE ACT PROCEEDINGS		CASE NUMBER:
For information on completing this form, see <i>Information for Petitioners—About the CARE Act</i> (form _____), visit the CARE Act webpage on the self-help website at _____, or contact your local court's self-help center. To find the location and hours of the self-help center, click _____.		

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. <input type="checkbox"/> A person who lives with the respondent. b. <input type="checkbox"/> A spouse or registered domestic partner, parent, sibling, child, or grandparent of the respondent. c. <input type="checkbox"/> A person authorized to act in place of the respondent's parent. d. <input type="checkbox"/> The director of the county behavioral health agency of this county.* e. <input type="checkbox"/> A licensed behavioral health professional who is or has been, within the past 30 days, treating or supervising the treatment of the respondent.* f. <input type="checkbox"/> The director of a hospital in which the respondent is hospitalized.* g. <input type="checkbox"/> The director of a public or charitable organization, agency, or home (1) <input type="checkbox"/> who is or has been, within the past 30 days, providing behavioral health services to the respondent;* or (2) <input type="checkbox"/> in whose institution the respondent resides.* h. <input type="checkbox"/> The respondent.	i. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> The public guardian or public conservator of this county.* k. <input type="checkbox"/> A conservator or proposed conservator referred from a proceeding under Welfare and Institutions Code section 5350. l. <input type="checkbox"/> The director of adult protective services of this county.* m. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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.

CONFIDENTIAL

CARE-100

CARE ACT PROCEEDINGS FOR (name): <p style="text-align: right;">RESPONDENT</p>	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 _____), 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):

CONFIDENTIAL

CARE-100

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)

SHORT TITLE: <hr/>	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)

ABOGADO O PARTE SIN ABOGADO NOMBRE: NOMBRE DE LA FIRMA: DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: TELÉFONO: FAX: EMAIL: ABOGADO DE (nombre):	NÚM. DEL COLEGIO DE ABOGADOS: SOLO PARA USO DE LA CORTE Solo para información No entregue a la corte
CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE DIRECCIÓN: DIRECCIÓN POSTAL: CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: NOMBRE DE SUCURSAL:	
PROCESO DE LA LEY CARE PARA (nombre): DEMANDADO	
DECLARACIÓN DE SALUD MENTAL—PROCESO DE LA LEY CARE	NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte

AL PROFESIONAL AUTORIZADO DE LA SALUD CONDUCTUAL

Este formulario se usará para ayudar al juez a determinar si el demandado cumple con los criterios de diagnóstico para el proceso de la Ley CARE.

INFORMACIÓN GENERAL

1. Nombre del declarante:

2. Dirección de la oficina, número de teléfono y dirección de email:

3. **Estatus de licencia (complete a o b):**
 - a. Soy un profesional autorizado de la salud conductual y realizar el examen descrito en este formulario está dentro del alcance de mi licencia. Tengo una licencia válida de California como (marque una):
 - (1) médico.
 - (2) psicólogo.
 - (3) trabajador social clínico.
 - (4) terapeuta matrimonial y familiar.
 - (5) consejero clínico profesional.

 - b. El Departamento Estatal de Servicios de Atención Médica me ha otorgado una exención de licencia conforme al Código de Bienestar e Instituciones, sección 5751.2 porque (marque una):
 - (1) Estoy empleado como psicólogo trabajador social clínico y continúo mi empleo en la misma clase desde el 1 de enero de 1979, en el mismo programa o centro.

 - (2) Estoy registrado en la junta de licencias del Departamento Estatal de Servicios de Atención Médica con el propósito de adquirir la experiencia requerida para obtener la licencia y estoy empleado o bajo contrato para brindar servicios de salud mental como (marque una):
 - (a) trabajador social clínico.
 - (b) terapeuta matrimonial y familiar.
 - (c) consejero clínico profesional.

 - (3) Estoy empleado o bajo contrato para proporcionar servicios de salud mental como psicólogo que está adquiriendo la experiencia necesaria para obtener la licencia.

PROCESO DE LA LEY CARE PARA (<i>nombre</i>):	NÚMERO DE CASO:
DEMANDADO	No entregue a la corte

3. b. (4) He sido reclutado para un empleo desde fuera de este estado, y mi experiencia es suficiente para ser admitido para tomar el examen para obtener la licencia de California. Estoy empleado o bajo contrato para proporcionar servicios de salud mental como (*marque una*):
- (a) psicólogo.
 - (b) trabajador social clínico.
 - (c) terapeuta matrimonial y familiar.
 - (d) consejero clínico profesional.

4. El demandado (*nombre*):
 es no es un paciente bajo mi cuidado y tratamiento continuos.

EXAMEN O INTENTOS DE EXAMINAR AL DEMANDADO

5. Complete una de las siguientes opciones: (*tanto a como b deben realizarse en un plazo de 60 días después de haber presentado la petición bajo la Ley CARE*)
- a. Examiné al demandado el (*fecha*): _____ (*pase al punto 7*).
 - b. En las siguientes fechas: _____ intenté examinar al demandado, pero no tuve éxito debido a la falta de cooperación del demandado para someterse al examen.
6. (*Responda solo si marcó la casilla 5b*). Explique detalladamente cuándo, cuántos intentos y qué tipos de intentos se hicieron para examinar al demandado. Explique también la respuesta del demandado a esos intentos y el resultado de cada uno de ellos.
7. Con base en la siguiente información, tengo razones para creer que el demandado cumple los criterios de diagnóstico para el proceso de la Ley CARE (*debe cumplirse cada uno de los siguientes requisitos para que el demandado califique para el proceso de la Ley CARE*):
- a. El demandado tiene un diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico de la misma clase (*indique el trastorno específico*):

Nota: Bajo el Código de Bienestar e Instituciones, sección 5972, un trastorno psicótico calificado debe ser principalmente de naturaleza psiquiátrica y no debido a una condición médica como una lesión cerebral traumática, autismo, demencia o una condición neurológica. Una persona que tenga un diagnóstico actual de trastorno por uso de sustancias sin cumplir también los demás criterios reglamentarios, incluido un diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico, no califica.

- b. El demandado experimenta una enfermedad mental grave que (*debe completar todo lo siguiente*):
 - (1) Es grave en grado y persistente en duración (*explique detalladamente*):

PROCESO DE LA LEY CARE PARA (nombre):

NÚMERO DE CASO:

DEMANDADO

No entregue a la corte

7. b. (2) Puede causar un comportamiento que interfiere sustancialmente con las actividades primarias de la vida diaria (*explique detalladamente*):

(3) Puede resultar en una incapacidad para mantener una adaptación estable y un funcionamiento independiente sin tratamiento, apoyo y rehabilitación durante un periodo largo o indefinido (*explique detalladamente*):

c. El demandado no está estabilizado clínicamente en un tratamiento voluntario en curso (*explique detalladamente*):

d. Al menos una de estas declaraciones es cierta (*complete una o ambas de las siguientes*):

(1) Es poco probable que el demandado sobreviva de forma segura en la comunidad sin supervisión y su condición se está deteriorando sustancialmente (*explique detalladamente*):

(2) El demandado necesita servicios y apoyos para evitar una recaída o un deterioro que podría resultar en una discapacidad grave o causar daños graves al demandado o a otras personas (*explique detalladamente*):

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 CASE NUMBER:
SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA, COUNTY OF STREET ADDRESS: MAILING ADDRESS: CITY AND ZIP CODE: BRANCH NAME:		
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 <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 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 <i>(name)</i> :	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)*:

