SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA
COUNTY OF ORANGE

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

CARE ACT- BECOME A LINK TO CARE (KOREAN)

SELF-HELP FORM PACKET

SHC-CC-03 (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** (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 법

CARE 의 연결고리가 되어 주십시오

개요

지역사회 지원, 회복 및 강화법(**CARE 법**)은 치료되지 않은 **조현병 스펙트럼 장애**나 다른 **정신병적 장애**를 앓고 있는 개인을 지역사회 치료 리소스에 연결하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

도우려는 사람을 **신청인**이라고 합니다. 도움이 필요하고 치료를 받고자 하는 사람을 **피신청인**이라고 합니다.

CARE 법은 **피신청인**에게 치료를 받을 것을 강제하지 않습니다. **피신청인**은 언제든지 치료 받는 것을 거부하거나 참여를 중단할 수 있습니다. **피신청인**에 대한 민사상 또는 형사상 처벌은 없습니다.

CARE 법이 **피신청인**을 리소스에 연결하는 올바른 수단인지 여부에 확신이 없는 경우, 이 패킷을 작성하기 전에 셀프 헬프 서비스에 문의하십시오.

참여자

신청인

신청인은 **유언 검인 법원**에 신청서를 제출함으로써 **CARE 법**을 통해 **피신청인**을 치료에 연결시킬 수 있습니다. 그러나 **피신청인**을 도우려는 모든 사람이 **신청인**이 될 수 있는 것은 아닙니다. **신청인**이 될 수 있는 사람은 다음과 같습니다.

피신청인과의 관계:

- ☐ 부모 또는 법적 보호자
- ☐ 배우자
- ☐ 형제자매
- ☐ 자녀
- ☐ 조부모
- ☐ 룸메이트
- ☐ 노숙자 지원 봉사자
- ☐ **피신청인**을 치료하고 있거나 최근에 치료한 의료 서비스 제공자.
- ☐ **피신청인**이 최근에 입원했거나 입원 중인 병원의 원장.
- ☐ 공공 서비스 기관의 책임자 및 그가 지명한 사람.
- ☐ **피신청인**과 반복적으로 접촉한 최초 대응자.

상용어

CARE 법: 지역사회 지원, 회복 및 강화법(Community Assistance, Recovery, and Empowerment Act)은 조현병 스펙트럼 및 정신병적 장애를 앓고 있는 개인을 지원하는 법적 절차를 마련하였습니다.

Orange 카운티 보건부(Health Care Agency, HCA): CARE 법이 조사 결과와 자료를 의존하는 기관.

신청서: CARE-100 양식.

신청인: CARE-100 양식을 제출하는 개인 또는 법인.

일견: 피신청인에게 CARE 법에 따라 자격을 갖추었는지 판단하기 위해 제출된 CARE-100 양식을 판사가 최초로 검토하는 것.

유언 검인 법원: 민법 및 형법 이외의 개인 권리와 관련된 사건을 감독하는 법원 부서.

피신청인: CARE 법에 따라 자격을 갖춘 사람으로, CARE-100 양식에 등재된 사람.

조현병 스펙트럼 장애 및 정신병적 장애: 일상 활동과 독립적인 능력을 방해하는 심각한 정신 건강 장애.

자발적 후원자: CARE 법을 알아보는 데 도움을 받기 위해 피신청인이 선택한 지원자.

피신청인

CARE 법상 치료가 필요한 사람은 다음과 같은 경우에만 **피신청인**이 될 수 있습니다.

- 18 세 이상일 것
- **조현병 스펙트럼 장애** 또는 기타 **정신병적 장애** 진단을 받았을 것
- 면허가 있는 행동 건강 전문가가 서명한 해당 진단을 확인하는 진술서를 받을 수 있을 것
- **피신청인**이 **CARE 법**에 따라 자격을 갖추었는지 판단하기 위해 법원이 충분히 평가하는 다른 자격 기준이 있을 것

Orange 카운티 보건부

Orange 카운티 보건부(HCA)는 Orange 카운티 지역사회 건강을 보호하고 증진하는 일을 담당합니다. 중앙 집중식 리소스 허브인 **HCA** 는 **CARE 법**의 주요 요소입니다.

HCA 는 CARE 법상의 신청인이 될 수 있습니다. **HCA** 가 **신청서**를 제출하지 않은 경우 **HCA** 는 **피신청인**의 자격 유무에 대해 법원에 연락하고, 조사하고, 보고서를 제출할 책임이 있습니다.

도움이 필요한 사람이 **CARE 법**에 따른 지원을 받을 자격이 없다고 생각되는 경우 **HCA** 에 연락하여 여기에서 다른 리소스에 대해 알아보십시오.

1-855-OC-Links(625-4657)
월요일~금요일: 오전 8:00~오후 6:00

HCA 의 OC Navigator 를 방문하셔도 됩니다. 이 온라인 도구는 주 7 일, 하루 24 시간 지원 리소스를 찾고 연결하도록 도와드립니다.

www.ocnavigator.org

Orange 카운티 퍼블릭 디펜더

CARE 법 신청서가 제출되면 무료로 **피신청인**을 대리하도록 Orange 카운티 퍼블릭 디펜더(Public Defender, PD)가 지명됩니다. PD 는 **피신청인**의 이익을 인정받게 하고 CARE **법** 요건이 충족되도록 해야 합니다.

자발적 후원자

피신청인은 **자발적 후원자**를 선택할 수 있습니다. **자발적 후원자**는 **피신청인**이 제공되는 치료 옵션의 잠재적인 결과에 대해 전반적으로 생각하는 것과 의견을 진술하고 의견이 반영되도록 지원합니다. **자발적 후원자**는 심리 또는 관련 일정에 참석할 수 있습니다.

판단

판사는 **CARE 법**이 준수되도록 보장하는 중립적인 조력자가 될 것입니다. 판사는 다음 사항을 판단할 책임이 있습니다.

- ☐ **피신청인**이 **CARE 법**에 따른 자격을 갖추고 있는지 여부.
- ☐ **피신청인**에게 참여할 의사가 있는지 여부.
- ☐ **피신청인**은 치료 계획을 이해하고 이에 동의하며, 해당 계획은 **피신청인**의 요구 사항을 계속 충족합니다.
- ☐ **피신청인**은 이용 가능한 혜택을 받았습니다.

절차

[인터넷 지원 장치에서 이 패킷을 읽고 계시다면 **굵은 글씨로** 된 양식이 첨부되어 있으며, 클릭하면 열어서 전자적으로 열람하실 수 있습니다.]

귀하가 **신청인** 역할을 할 준비가 되었고 잠재적인 **피신청인**이 모든 **CARE 법** 요건을 충족한다고 생각하는 경우 다음 서류를 작성해야 합니다.

- ☐ **CARE-100 – 치료법 절차 개시 신청서**
- ☐ **CARE-101: 정신 건강 확인서**
  - 1 페이지 상단 작성 — **신청인**의 이름과 연락처 정보, 사건 이름, 사건 번호.
  - 양식의 나머지 부분은 면허가 있는 행동 건강 전문가가 작성해야 하며 제출 시 **CARE-100** 에 첨부해야 합니다.
- ☐ **CARE-105: CARE 법 보고서 명령**
  - 1 페이지 상단 작성 —**신청인**의 이름과 연락처 정보, 사건 이름, 사건 번호 및 항목 1.
    - **CARE-105** 의 나머지 부분은 법원이 작성합니다.

문서 검토

셀프 헬프 서비스는 본인 소송을 하는 당사자에게 선택사항으로 무료 문서 검토 서비스를 제공합니다. 이 서비스의 일환으로 제출하기 전에 변호사나 법률 사무 보조원이 귀하의 문서가 완전한지 검토합니다. **저희 직원은 귀하에게 법적 조언이나 전략을 제공할 수 없습니다.** 문서를 검토받으려면 다음 사항을 선택하시면 됩니다.

- ☐ 전자 제출
  - https://www.occourts.org/self-help/self-help-services 를 방문합니다.
  - 청록색 "셀프 헬프 서비스에 문의하기" 버튼까지 아래로 스크롤하여 클릭합니다.
  - 지원 요청 양식을 모두 작성하고 제출합니다.

로드맵

참여자

양식 작성

선서 진술서

검토

제출

일견

- 대면
  - Central Justice Center(중부 법원 센터)
    Self-Help Services, 1 층, G-100 호
    700 Civic Center Drive West, Santa Ana, CA 92701
  - Costa Mesa Justice Complex(코스타 메사 법원 단지)
    3390 Harbor Boulevard, Costa Mesa, CA 92626
  - Harbor Justice Center(Harbor 법원 센터)
    Criminal Operations, 1 층, 111 호
    4601 Jamboree Road, Newport Beach, CA 92660
  - Lamoreaux Justice Center(라모로 법원 센터)
    셀프 헬프 서비스 1 층
    341 The City Drive South
    Orange, CA 92868
  - North Justice Center(북부 법원 센터)
    범죄/교통부, 3 층
    1275 North Berkeley Avenue, Fullerton, CA 92832
  - West Justice Center(서부 법원 센터)
    범죄/교통부, 1 층
    8141 13th Street, Westminster, CA 92683

제출

CARE 법 신청인은 다음 카운티에 제출해야 합니다.

- **피신청인**이 거주하는 카운티
- **피신청인**이 발견된 카운티
- **피신청인**이 형사 또는 민사 소송을 앞두고 있는 카운티

Orange 카운티에서는 **CARE 법 신청서**를 제출할 수 있습니다.

- 대면:
  - Central Justice Center(중부 법원 센터)
    Self-Help Services, 1 층, G-100 호
    700 Civic Center Drive West, Santa Ana, CA 92701
  - Costa Mesa Justice Complex(코스타 메사 법원 단지)
    3390 Harbor Boulevard, Costa Mesa, CA 92626
  - Harbor Justice Center(Harbor 법원 센터)
    Criminal Operations, 1 층, 111 호
    4601 Jamboree Road, Newport Beach, CA 92660
  - Lamoreaux Justice Center(라모로 법원 센터)
    셀프 헬프 서비스 1 층
    341 The City Drive South
    Orange, CA 92868

- North Justice Center(북부 법원 센터)
  Criminal/Traffic Operations, 3 층
  1275 North Berkeley Avenue, Fullerton, CA 92832
- West Justice Center(서부 법원 센터)
  범죄/교통부, 1 층
  8141 13th Street, Westminster, CA 92683

- Costa Mesa Justice Complex(코스타 메사 법원 단지) 외부에 있는 24/7 우편물 투입함
- 우편:
  - Costa Mesa Justice Complex(코스타 메사 법원 단지)
    수신자: 유언 검인 작성 서기
    3390 Harbor Boulevard, Costa Mesa, CA 92626
- 전자 제출:
  - **https://www.occourts.org/online-services/efiling/efiling-probate-mental-health** 방문

제출 요금

제출 요금은 없습니다.

다음 단계는 무엇입니까?

판사는 **CARE 법 신청서**를 검토하고 **피신청인**의 요구 사항이 **CARE 법**의 기본 요건을 충족하는지 여부를 판단합니다. 이를 **일견** 검토라고 합니다.

피신청인이 요건을 충족하지 않는 경우, 판사는 해당 사건을 기각합니다.

피신청인이 요건을 충족하는 경우 판사는 **HCA** 에 보고서 작성을 맡기고 **피신청인**을 대리할 퍼블릭 디펜더를 지명합니다.

보고서가 작성되면 판사는 **피신청인**의 요구 사항을 충족하기 위한 치료 계획을 수립할지 여부를 결정해야 합니다.

CARE-050-INFO K CARE 법 관련 신청인 정보

본 정보지는 CARE 법과 *CARE 법 절차 개시 신청서*(CARE-100 양식) 작성 방법에 대해 설명한다. 또한 법원 자력 도움 센터에서 조력을 받을 수 있다. 귀하의 관할 법원에 대한 센터 관련 정보는 *https://selfhelp.courts.ca.gov/self-help/find-self-help* 에서 확인할 수 있다.

1 CARE 법이란?

CARE는 공동체 지원(Community Assistance), 회복(Recovery), 강화(Empowerment)의 약자이다. CARE 법은 '신청인'이라고 하는 특정인이 치료되지 않은 심각한 정신 질환, 특히 조현병이나 그 밖의 정신질환을 가지고 있는 '피신청인'이라고 하는 특정인을 위해 법원이 명령하는 치료, 서비스, 지원 및 주거 계획을 요청할 수 있도록 하는 방법이다. 피신청인은 18세 이상이어야 한다.

CARE 법 절차에는 피신청인이 자격 요건을 충족하는지 여부를 결정하기 위한 평가 및 심리가 포함된다. 카운티 행동건강관리국이 이러한 과정에 참여하게 된다. 피신청인이 CARE 수혜 자격을 충족하는 경우 CARE 협약 또는 CARE 보험이 설정될 수 있으며 승인되는 경우 법원이 명령을 내릴 수 있다.

2 CARE 협약 또는 CARE 보험이란?

CARE 협약 및 CARE 보험은 피신청인의 회복과 안정을 지원하도록 고안된 서비스를 구체화하는 서면 문서이다. 이는 법원 명령에 의해 승인되어야 한다. 여기에는 임상 행동 건강 관리, 상담, 전문 심리치료, 프로그램 및 치료, 안정화 약물, 주거 계획, 및 그 밖에 지방 정부 기관을 통해 직간접적으로 제공되는 지원 및 서비스가 포함될 수 있다. 안정화 약물을 강제로 투여하여서는 안 된다.

CARE 협약은 피신청인이 CARE 프로그램에 대한 자격이 있다고 법원이 판단한 후, 피신청인과 카운티 행동건강관리국이 체결하는 자발적인 계약이다. 법원은 승인 전에 계약을 수정할 수 있다.

CARE 보험은 법원에서 명령한 피신청인을 위한 개별화된 범위의 지역사회 기반 서비스 및 지원이다.

3 CARE 법 절차에 대한 대안을 고려하였는가?

심각한 정신 질환을 가진 사람을 도울 수 있는 다른 방법이 있을 수 있다. 만약 특정인이 상업 건강 보험에 가입되어 있는 경우, 건강 플랜/보험사에 문의하도록 한다. 만약 특정인이 상업 건강 보험에 가입되어 있는지 또는 상업 보험에 가입되어 있지 않은지 알 수 없는 경우, 카운티의 행동건강관리국에 연락하거나 해당 웹 사이트에서 서비스를 확인한다. 카운티 행동건강관리국은 상담, 정신과 의사, 심리학자 또는 치료사부터 풀 서비스 파트너십, 재활 정신 건강 서비스, 동료 지원 서비스, 집중 사례 관리, 위기 서비스, 가정 치료, 약물 장애 치료, 적극적 지역 사회 치료 및 지원 주택에 이르기까지 다양한 서비스를 제공한다. 카운티는 전문 정신 건강 및 약물 남용 장애 서비스를 받을 자격이 있는 Medi-Cal 수혜자에게 서비스를 제공해야 하지만, 지역 기금 및 자격 기준에 따라 법원 명령 없이도 더 많은 사람들에게 서비스를 제공할 수 있다.

*풀 서비스 파트너십*은 중증 정신 질환자가 집중 서비스 프로그램의 혜택을 받을 수 있도록 설계되었다. 풀 서비스 파트너십은 노숙자이거나 사법 제도에 연루되어 있거나 응급 정신과 치료를 자주 이용하는 사람에게 도움이 될 수 있다. *적극적인 지역사회 치료*는 지역사회 환경에서 제공되는 정신 건강 치료의 한 형태로 회복을 통해 개인이 독립적이면서 또한 지역사회에 통합될 수 있도록 돕는 역할을 한다.

당사자가 사전 진료 의뢰서 또는 정신과 진료 의뢰서를 작성하여 자신이 결정할 수 없을 때 대신하여 의료 결정을 내리도록 다른 사람을 지정했는지 확인하도록 한다. 또한 지역 사회 서비스 및 지역 사회 기반 조직도 살펴보도록 한다.

4 *CARE 법 절차 개시 신청서* (CARE-100 양식) 작성 방법

항목 1: 신청인이 될 수 있는 사람은?

신청인은 도움이 필요한 중증 정신 질환을 가진 사람을 위해 CARE 법 절차를 개시하도록 요청하는 사람으로서,

신청인이 되기 위해서는 18세 이상이어야 하며, 피신청인을 위해 CARE 법 절차를 요청할 수 있는 다음 중 어느 한 범주에 속해야 한다.

- 피신청인과 동거하는 사람.
- 피신청인의 배우자 또는 등록된 동거인, 부모, 형제자매, 자녀 또는 조부모.
- 피신청인에게 부모를 대신하는 지위에 있는 사람.
- 피신청인이 입원 중이거나 최근에 입원했던 병원의 책임자 또는 그 지정대리인.
- 최근 30일 이내에 피신청인에게 행동 건강 관리 서비스를 제공했거나 현재 제공하고 있거나 피신청인이 거주하는 공공 기관 또는 자선 기관의 책임자 또는 그 지정대리인.
- 최근 30일 이내에 정신 질환에 대한 피신청인의 치료를 감독하거나 치료한 면허를 소지한 행동 건강 전문가 또는 그 지정대리인.
- 피신청인이 거주하거나 발견된 카운티의 카운티 행동건강관리국 책임자 또는 그 지정대리인.
- 캘리포니아에 위치한 부족 법원의 판사 또는 그 지정대리인.
- 피신청인이 거주하거나 발견된 카운티의 성인 보호 서비스 책임자 또는 그 지정대리인.
- 캘리포니아 인디언 건강 서비스 프로그램이나 캘리포니아 부족 행동 건강 관리 부서의 책임자 또는 그 지정대리인.
- 복지 및 기관법 제5150조에 따라, 다수의 체포, 구금 및 이송으로 인해 피신청인과 반복적으로 상호 작용하거나, 피신청인을 자발적인 치료에 참여시키기 위해 다수의 시도를 하거나, 그 밖에 피신청인이 전문적인 지원을 받도록 반복적으로 노력한 최초 대응인(보안관, 소방관, 구급대원, 응급의료기사, 이동 위기 대응 요원 또는 노숙자 봉사 활동가를 포함)
- 피신청인이 존재하거나 존재하는 것으로 합리적으로 추정되는 카운티의 공공 후견인이나 공공 관리인 또는 그 지정대리인, 또는 LPS (Lanterman-Petris-Short) 법원으로부터 회부된 경우 LPS 법에 따라 법원이 지정한 민간 관리인.
- 피신청인.

항목 1에 본인의 이름을 기재하고 본인에게 적용되는 신청인 자격 유형(복수 선택 가능) 옆의 확인란에 체크하도록 한다.

항목 2: 피신청인과의 관계

항목 2a에 피신청인의 이름을 기재하고 항목 2b에 피신청인과의 관계에 대한 성격을 설명하도록 한다. 신청인이 병원, 공공 기관 또는 자선 기관, 최초 대응인 또는 피신청인을 치료하거나 감독해 온 면허를 소지한 행동 건강 전문가인 경우, 상호 작용 횟수, 가장 최근에 상호 작용한 날짜, 2c에 명시된 각 상호 작용의 특성과 결과를 반드시 포함하여야 한다.

항목 3: 피신청인의 주소 또는 마지막으로 알려진 위치

피신청인의 거주지를 알고 있는 경우 항목 3에 주소를 포함하도록 한다. 피신청인의 주소를 모르거나 주소가 없는 경우, 주소를 알 수 없다고 명시하고 마지막으로 알려진 위치와 전화번호나 이메일과 같이 피신청인을 찾는 데 유용할 수 있는 추가 연락처 정보를 제공한다.

항목 4: 신청 카운티

항목 4에서 신청서를 제출하고자 하는 카운티를 적절한 신청 대상으로 간주하는 이유를 설명하도록 한다. 피신청인이 카운티에 거주하거나, 현재 카운티에 있거나 또는 카운티에서 법적 사건에 연루되어 있어야 한다. 해당되는 모든 것을 체크하도록 한다. 해당인이 카운티에 거주하지 않는 경우, 거주지를 알고 있다면 이를 기재하는 것이 도움이 된다

항목 5: 피신청인 자격

피신청인이 CARE 법 절차의 대상으로 자격이 있다는 것을 보여주는 사실과 입증 정보를 제공해야 한다.
피신청인이 적격 대상자가 되기 위해서는 CARE-100 양식의 항목 5에 열거된 다음 요건을 **모두** 충족해야 한다.
아래의 예는 적격 대상이 될 수 있는 상황의 예시일 뿐이다. 자격에 대한 모든 결정은 사안별로 다를 수 있다.

요건	설명	예시
피신청인은 18세 이상이어야 하며(항목 5a), 다음 요건을 충족하여야 한다.		
정신 장애의 진단과 통계 설명서 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (**항목 5b**)에 정의된 바와 같이 조현병 스펙트럼 장애 또는 동일한 등급의 기타 정신 장애 진단을 받아야 한다.	조현병 스펙트럼 또는 기타 정신과적 장애를 가진 사람만이 CARE 법 절차의 대상이 될 수 있다. 양극성 장애 또는 심한 우울증과 같은 다른 심각한 정신 질환만 있는 사람의 경우 적격 대상이 될 수 없다. **주:** 정신과적 장애는 외상성 뇌 손상, 자폐증, 치매 또는 신경학적 상태와 같은 신체적 건강 상태를 포함하는 의학적 상태에 근거해서는 안 된다. 현재 약물 사용 장애 진단을 받은 사람은 정신과적 장애 또한 가지고 있어야 하며, 항목 5의 다른 모든 기준을 충족하여야 수혜 자격을 얻게 된다.	조현병, 정신분열양상 장애, 분열정동 장애, 망상장애, 분열형 인격장애, 그 밖의 정신과적 장애.
현재 다음과 같은 정신 질환을 가지고 있어야 한다(**항목 5c**). • 정도가 심하고 기간이 지속된다 (항목 **5c(1)**) • 일상생활 활동에 실질적으로 지장을 주는 행위를 유발할 수 있다(**항목 5c(2)**), **그리고** • 장기 또는 무기한 치료, 지원 및 재활 없이는 안정적인 적응 및 독립적인 기능을 유지할 수 없게 될 수 있다(**항목 5c(3)**).	망상, 환각 또는 비정상적이고 지속적인 기분 변화와 같이 업무 또는 자기 관리에 필요한 필수적이고 일상적인 활동을 수행할 수 있는 피신청인의 능력에 상당한 지장을 주는 모든 행동을 표시하도록 한다. 피신청인이 추가적인 도움 없이는 독립적으로 생활하고, 지역사회에서 기능하며, 그들의 상태와 사회적 관계를 돌볼 수 없다고 생각하는 이유를 설명하도록 한다.	만성, 장기간 또는 재발성 정신 질환으로 인한 경우: • 자기 관리의 어려움(예를 들어, 목욕, 몸단장, 음식 확보 및 섭취, 날씨에 적합한 옷 입기, 건강 관리 확보 또는 의학적 조언 준수). • 거주지 유지, 교통 수단 이용 또는 일상적인 금전 관리의 어려움. • 일정에 따라 작업에 집중하거나 완료하는 것의 어려움. • 사회적으로 기능하고 관계를 만들고 유지하는 것의 어려움. • 추가적인 도움 없이 매일 자신을 돌볼 수 없는 최근 이력(목욕, 몸단장, 음식 확보, 화장실 사용).

요건	설명	예시
진행 중인 자발적 치료에서 임상적으로 안정화되지 않아야 한다 (**항목 5d**).	피신청인의 상태와 증상이 안정적으로 유지되도록 자발적인 치료 프로그램에서 피신청인이 적절한 지원을 받지 못하고 있다고 생각하는 이유를 설명하도록 한다.	• 이유 없는 자발적 치료의 반복적이고 지속적인 거부. • 이유 없는 치료 실패나 거부로 중단된 자발적 치료의 일시적인 수용. • 자발적인 치료를 수용하였지만 해당 치료가 피신청인을 안정시키는 데 효과적이지 않음.
다음 중 적어도 *하나* 이상은 진실이어야 한다(항목 5e).		
피신청인은 감독 없이는 지역사회에서 안전하게 생존할 가능성이 낮고 **또한** 피신청인의 상태가 상당히 악화되고 있다 (**항목 5e(1)**). **또는**	피신청인이 현실 지향성 부족, 혼란 또는 통찰력 장애로 인해 지역사회에서 생존하기 위해 감독이 필요한 최근 사례를 표시하도록 한다. 피신청인의 명확한 사고, 의사소통, 정기적 활동 참여 능력이 어떻게 빠르게 악화되었는지 설명하도록 한다.	• 망상, 환각, 와해, 통찰력 장애, 판단력 장애와 같은 증상으로 인해 최근 또는 빈번한 입원. • 정신 질환으로 인한 최근 또는 빈번한 체포.
피신청인은 피신청인이나 다른 사람에게 중대한 장애나 심각한 피해를 초래할 가능성이 있는 재발이나 악화를 방지하기 위한 서비스 및 지원이 필요하다 (**항목 5e(2)**).	피신청인이 서비스와 지원을 받지 않는 한 안전하게 생존할 수 없거나 심각한 장애가 생기거나 다른 사람이나 자신에게 심각한 해를 끼칠 수 있는 방법을 설명하도록 한다. • *중증 장애란* 정신 질환으로 인해 음식, 의복 또는 주거지에 대한 기본적인 개인적 필요를 제공할 수 없는 개인의 무능력을 의미한다. • *심각한 피해에는* 극심한 고통, 높은 사망 위험, 신체적 또는 정신적 기능의 상실을 유발하는 부상이 포함된다.	• 즉시 안전한 주거에 접근할 수 있는데도 정신 질환으로 인해 건강에 위험을 초래할 수 있는 환경에서 살기로 선택한 사람. • 최근 정신 질환으로 인해 자살을 시도한 적이 있고 계속해서 자해 의사를 표명하는 사람. • 심각한 부상이나 생명을 잃을 위험에 처하게 하는 행동을 통해 자신도 모르게 차도로 진입하거나 자신을 해치는 등의 자해 행위.

요건	설명	예시
피신청인이 CARE 보험 또는 CARE 협약에 참여하기 위해서는 다음 요건을 충족하여야 한다.		
피신청인의 회복과 안정을 보장하기 위해 필요한 최소한의 제한적인 대안이어야 한다(**항목 5f**), **그리고**	CARE 보험 또는 CARE 협약에 참여함에 있어 다음 사항에 관해 설명한다. • 그 밖의 덜 제한적인 대안으로는 피신청인의 회복과 안정성을 충분히 보장하지 못할 수 있으며, 다른 덜 제한적인 대안이 성공적이지 않을 수 있기 때문에 참여가 필요하다는 점. • 피신청인의 치료 요구를 효과적으로 충족시키면서 피신청인의 권리와 개인의 자유에 가능한 한 적은 제한을 가한다는 점.	덜 제한적인 대안에는 다음과 같은 사항이 포함될 수 있다. • **자발적 풀 서비스 파트너십은** 카운티와 개인, 그리고 해당되는 경우 개인의 가족 간의 협력 관계로 이를 통해 카운티는 지역사회 서비스의 전 영역을 계획하고 제공한다. • **지원된 의사 결정은** 장애가 있는 성인이 스스로의 결정을 방해받지 않고 삶의 결정을 내릴 수 있도록 지원하고 수용하는 개별화된 과정이다. • **적극적인 지역사회 치료는** 낮은 고객 대 직원 비율로 진행되는 개인 중심의 회복 기반 치료 옵션이다.
피신청인에게 도움이 될 가능성이 높아야 한다(**항목 5g**).	CARE 보험에 참여하는 것이 피신청인의 현재 상태와 상황을 안정시키고 개선하는 데 어떻게 도움이 될 수 있는지 설명하도록 한다.	• 유사한 치료 프로그램 참여시 과거 신청인이 개선된 이력. • 치료가 환자에게 혜택을 줄 것이라는 의학적 소견.

주: 위에 열거된 각 항목에 대해 가능한 한 많은 정보를 신청서에 포함하도록 한다. 하나 이상의 항목을 입증한다고 생각하는 문서를 첨부할 수 있다.

항목 6: 필수 문서

신청서에 증빙 서류를 첨부해야 한다. 해당 문서 다음 두 가지 사항 중 하나를 포함해야 한다.

a. 면허를 소지한 행동 건강 전문가의 *정신 건강 진술서—CARE 법 절차* (CARE-101 양식), **또는**

b. 피신청인이 최소 두 차례 이상 특히, 최근 60일 이내에 최소 한 차례 이상 집중 치료를 위해 구금되었다는 증거. 증거에는 집중 치료에 대한 증명서 사본, 집중 치료에 대한 증인의 진술서 또는 피신청인이 최대 14일 동안 집중 치료를 위해 두 차례 구금되었음을 보여주는 그 밖의 문서가 포함될 수 있다. 증거에는 마지막 치료 기간의 날짜가 포함되어야 한다. **주:** CARE 법의 목적상 '집중 치료'에는 복지 및 기관법 제5250조에서 승인된 비자발적 치료만 포함된다. 이는 복지 및 기관법 제5150조에 따른 72시간 보류나 복지 및 기관법 제5260조 및 제5270.15조에 따른 치료를 포함하되 이에 국한되지 않고 그 밖의 다른 모든 법령에 의해 승인된 치료를 의미하지 ***아니한다***.

항목 7: 미국 인디언 의료기관의 부족 등록 또는 서비스(선택 사항)
피신청인이 연방정부에서 인정하는 인디언 부족의 구성원이거나 인디언 의료기관, 부족 법원 또는 부족 단체로부터 서비스를 받고 있다는 것을 알고 있거나 믿는 경우 해당 정보를 항목 7에 포함하도록 한다.

주: 항목 7을 작성하지 않아도 신청은 처리된다.

항목 8: 다른 법원으로부터의 회부(선택 사항)
법원 절차에서 회부되어 신청서를 제출하는 경우 본 확인란에 체크하도록 한다. 회부한 법원을 표시하고 알고 있는 경우 사건 번호와 부서를 포함하도록 한다. 신청서에 열거된 절차 유형 중 회부된 절차의 유형을 알고 있는 경우 항목 8c에서 해당 박스에 체크하도록 한다. 그렇지 않으면, 항목 8을 비워두고 박스에 체크하지 않도록 한다. 회부하는 법원의 명령 사본이 있는 경우, '항목 8'로 라벨을 지정하고 신청서에 첨부하도록 한다.

주: 항목 8을 작성하지 않아도 신청은 처리된다.

항목 9: 유용한 정보
항목 9에서 피신청인에게 적용되는 박스를 알고 있다면 체크하도록 한다.

주: 항목 9를 작성하지 않아도 신청은 처리된다.

항목 10: 첨부파일
항목 10에서 신청서에 첨부된 총 페이지수를 기재하도록 한다.

서명: 날짜를 적고 이름을 정확히 기재하여 *위증 시 처벌을 받을 수 있다는 전제하에 신청서에 서명해야 하며,* 사실이 아닌 것으로 알고 있는 내용을 진술한 경우 형사 책임을 질 수 있다. 조력을 받는 변호인이 있는 경우 변호인도 서명하도록 한다.

5 송달 절차가 필요한가?

필요하지 않다. CARE 법 절차를 시작하기 위해 법원 이외의 다른 사람에게 신청서 사본을 제공할 필요는 없다.

6 신청서 제출 이후 절차는?

CARE 법 신청서가 제출된 후, 법원은 신청서와 증빙 서류를 신속하게 검토하여 피신청인이 위에서 설명한 요건을 충족하거나 충족할 수 있는지 여부를 결정한다. 이후 다음 조치 중 한 가지를 실시한다.

a. **신청을 기각한다.** 법원은 (1) 신청서에서 피신청인이 CARE 법 자격 요건을 충족하거나 충족할 수 있음을 보여주지 못하거나, (2) 피신청인이 자발적으로 카운티 기관과 협력하고 있고 그들의 참여가 유효하며, 피신청인이 카운티 또는 다른 제공자를 통해 자발적인 치료에 등록했거나 등록할 가능성이 있는 경우 신청을 기각한다.

b. **보고서 제출을 명령한다.** 신청서에서 피신청인이 CARE 법 절차에 대한 기준을 충족하거나 충족할 수 있음을 보여준다고 법원이 판단하는 경우, 법원은 카운티 기관이 피신청인에 대해 개입하도록 하고 14 영업일 이내에 법원에 서면 보고서를 제출하도록 명령한다. 신청인과 피신청인은 보고서 제출에 대한 법원 명령에 대해 통지를 받게 된다.

c. **최초 출석을 확정한다.** 법원은 카운티 기관의 보고서가 피신청인이 CARE 법에 따른 자격 요건을 충족하거나 충족할 수 있다는 신청서를 뒷받침하고 피신청인에 대한 카운티의 개입이 효과적이지 않다고 판단하는 경우 최초 출석을 확정한다. 법원은 또한 신청인, 피신청인, 피신청인이 선임한 변호인 및 카운티 행동건강관리국에 심리 통지를 하도록 카운티에 명령한다.

   주: 신청인이 카운티 행동건강관리국인 경우 절차는 다소 달라진다.

7 최초 출석 시 절차는?

신청인은 최초 심리에 참석해야 하며, 그렇지 않으면 법원이 신청을 기각할 수 있다. 심리기일, 시간 및 장소에 대한 통지서는 우편으로 수령하게 된다.
주: 최초 출석 시 카운티 행동건강관리국의 책임자 또는 그 지정대리인이 신청인을 대리할 것이다.

8 신청인은 어떤 권리를 가지는가?

본인이 피신청인과 함께 살고 있거나 피신청인의 배우자 또는 등록된 동거인, 부모, 형제자매, 자녀나 조부모 또는 피신청인의 부모를 대신하는 지위에 있는 사람인 경우, 신청의 타당성을 결정하기 위해 심리에 참여할 권리가 있다. 법원은 재량으로 신청인에게 지속적으로 통지받을 권리를 부여할 수 있다. 피신청인이 동의하는 경우, 법원은 신청인이 나머지 CARE 법 절차에 참여하도록 허용할 수 있다.

사안이 기각되고 추후 사정 변경이 있는 경우, 법원에 새로운 신청서를 제출할 수 있다.

위에 열거한 사항에 해당하지 않는 신청인은 신청의 타당성에 대해 심리에서 진술할 권리는 있지만 지속적인 권리는 부여되지 않는다.

9 성가신 소송인이란?

법원은 특정인이 진실 또는 사실에 근거하지 않거나 피신청인을 괴롭히거나 성가시게 하려는 의도로 CARE 법에 따라 하나 이상의 신청을 제기하는 경우, 해당 당사자를 성가신 소송인으로 판정할 수 있다. 성가신 소송인으로 간주되는 사람은 사법위원회가 작성하고 관리하는 성가신 소송인 목록에 기재될 수 있다. 법원은 성가신 소송인이 먼저 주심 판사의 승인을 받지 않고 잠재적으로 (CARE 법 신청뿐만 아니라) 다른 유형의 사건을 포함하여 새로운 소송을 제기하는 것을 금지하는 명령을 내릴 수 있다. 그러한 명령이 내려지면, 명령을 따르지 않는 성가신 소송인은 법정모독죄로 처벌될 수 있으며, 벌금이나 징역형에 처해질 수 있다.

10 영어를 못하는 경우라면?

서류를 제출할 때 법원 통역사가 있는지 서기에게 문의하도록 한다. 또한 *통역사 요청(민사)* (INT-300 양식), 또는 현지 법원 양식이나 웹사이트를 이용하여 통역사를 요청할 수 있다. 법원 통역사에 관한 자세한 정보는 *https://selfhelp.courts.ca.gov/request-interpreter*를 참조한다.

11 장애가 있는 경우라면?

장애가 있고 법원에 있는 동안 편의 제공이 필요한 경우 *장애인 편의 제공 신청서* (MC-410 양식)를 이용하여 요청할 수 있다. 또한 법원의 ADA 코디네이터에게 도움을 요청할 수도 있다. 자세한 내용은 *법원에 대한 장애인 편의 제공 요청 방법* (MC-410-INFO 양식)을 참조하거나 *https://selfhelp.courts.ca.gov/jcc-form/MC-410*을 참조한다.

이 양식인쇄 이 양식저장

제한 공개

CARE-100 K

변호사 또는 변호사가 없는 신청인 주 변호사 면허 번호: 이름: 법무법인 이름: 거리 주소: 시: 주: 우편번호: 전화번호: 팩스번호: 이메일 주소: 변호인이 대리하는 당사자(*이름*):	***법원용*** 정보 제공 전용 법원에 제출하지 마십시오
캘리포니아주 상급 법원, 소재 카운티 거리 주소: 우편 주소: 시 및 우편번호: 법원 이름:	
CARE 법 절차 대상*(이름)*: 피신청인	
CARE 법 절차 개시 신청서	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오
본 양식 작성을 위한 정보에 대해서는 *CARE 법 관련 신청인 정보*(CARE-050-INFO 양식)를 참조한다.	

1. 신청인*(이름)*:

   18세 이상이며 *(해당 사항 모두 체크)*

   a. ☐ 피신청인과 동거하는 사람.

   b. ☐ 피신청인의 배우자 또는 등록된 동거인, 부모, 형제자매, 자녀 또는 조부모.

   c. ☐ 피신청인의 부모를 대신하는 지위에 있는 사람.

   d. ☐ 피신청인이 입원한 병원의 책임자*.

   e. ☐ 공공 또는 자선 단체, 기관 또는 가정의 책임자*

   (1) ☐ 지난 30일 이내에 피신청인에게 행동 건강 관리 서비스를 제공했거나 제공하는 사람.

   (2) ☐ 피신청인이 거주하는 기관의 책임자.

   f. ☐ 지난 30일 이내에 피신청인을 치료하거나 또는 치료를 감독한 면허를 소지한 행동 건강 관리 전문가*.

   g. ☐ 피신청인과 반복적으로 상호 작용한 보안관, 소방관, 구급대원, 응급 의료 기술자, 이동 위기 대응 요원 또는 노숙자 봉사 활동가를 포함한 최초 대응인.

   h. ☐ 위에 명시된 카운티의 공공 후견인*이나 공공 관리인* 또는 WIC 제5978조에 따라 법원이 추천한 민간 관리인.

   i. ☐ 위에 명시된 카운티의 카운티 행동건강관리국 책임자*.

   j. ☐ 위에 명시된 카운티의 성인보호서비스 책임자*.

   k. ☐ 캘리포니아 인디언 보건서비스 프로그램 또는 캘리포니아 부족 행동보건부서의 책임자*.

   l. ☐ 캘리포니아 부족 법원 판사.*

   m. ☐ 피신청인.

   * 해당인은 자신을 대리하여 신청서를 제출할 다른 사람을 지정할 수 있다. 신청인이 지정대리인인 경우, 본 항목에 체크하고 상기 항목 1에 지정대리인의 이름을 기재하도록 한다.

2. a. 신청인은 법원에 피신청인*(이름)*에 대해 다음과 같이 판단해 줄 것을 요청한다.
   피신청인은 CARE 법 절차에 참여할 자격이 있으므로 피신청인을 위한 CARE 법 절차를 개시한다.

   b. 신청인과 피신청인의 관계*(관계를 구체적으로 적시하고 설명)*:

CARE 법 절차 대상*(이름)*: 피신청인	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

2. c. ☐ 신청인과 피신청인의 상호 작용*(신청인이 1d, 1e, 1f 또는 1g에 명시된 경우, 피신청인과의 상호 작용 횟수와 가장 최근의 상호 작용 날짜를 명시하고, 각 상호 작용의 성격과 결과를 설명):*

☐ 추가 공간이 필요한 경우 별도의 종이에 작성하여 첨부 문서 2c로 표시하도록 한다.

3. 피신청인이 살고 있거나 마지막으로 발견된 장소*(피신청인의 거주지가 존재하고 주소가 파악된 경우 이를 공개하도록 하며, 거주지가 없거나 파악할 수 없는 경우 주소를 알 수 없다고 진술하고 파악된 가장 최근의 거주지 위치와 해당 전화번호로 문자 수신이 가능한지 여부를 포함하여 전화번호 또는 이메일 주소 등 추가 연락처 정보를 제공):*

☐ 추가 공간이 필요한 경우 별도의 종이에 작성하여 첨부 문서 3으로 표시하도록 한다.

4. 피신청인*(해당 사항 모두 체크):*
   a. ☐ 위에 명시된 카운티의 거주자이다.
   b. ☐ 현재 위에 명시된 카운티에 위치하고 있다.
   c. ☐ 위에 명시된 카운티의 카운티 상급 법원에 계류 중인 형사 또는 민사 소송의 피고 또는 피청구인이다.
   d. ☐ 다음 카운티에 거주하고 있다*(위에 명시된 카운티와 다른 카운티이며 위치가 파악된 경우 기재).*

5. 피신청인은 다음 각 요건을 충족하며 CARE 법 절차에 참여하고 CARE 협약 또는 CARE 보험에 따라 서비스 및 지원을 받을 자격이 있다 *(각 요건을 뒷받침하기 위해 아래 정보를 제공할 것).*
   a. 피신청인은 18세 이상이다. 생년월일*(파악된 경우):*
      연령*(정확한 연령을 알 수 없는 경우 대략적인 연령 기재):*
   b. 피신청인은 현재 *정신 장애의 진단 및 통계 편람*에 정의된 바와 같이 조현병 스펙트럼 장애 또는 동일한 등급의 기타 정신 장애 진단을 받았다. 진단 및 추가 정보는 다음과 같이 제공된다.
      ☐ 첨부 문서 6a로 첨부된 *정신 건강 진단서—CARE 법 절차*(CARE-101 양식).
      ☐ 첨부 문서 5b로 표시되어 첨부된 별도의 문서.
      ☐ 아래 기재.

CARE 법 절차 대상*(이름)*: 피신청인	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

5. c. 피신청인은 현재 WIC 제5600.3(b)(2)조에 정의된 심각한 정신 질환을 가지고 있는데,
   (1) 정도가 심하고 상당 기간 지속되고 있으며,
   (2) 피신청인의 주요 일상 생활 활동에 실질적으로 지장을 주는 행동을 유발할 수 ***있고,***
   (3) 장기간 또는 무기한 치료, 지원 및 재활 없이는 피신청인이 안정적인 적응과 독립적인 기능을 유지할 수 없게 될 수 있다.

   피신청인의 장애에 대한 중증도, 기간 및 위험에 관한 추가 정보를 다음과 같이 제공한다.
   - ☐ 첨부 문서 6a로 첨부된 *정신 건강 진단서—CARE 법 절차*(CARE-101 양식).
   - ☐ 첨부 문서 5c로 표시되어 첨부된 별도의 문서.
   - ☐ 아래 기재.

d. 피신청인은 현재 진행 중인 자발적 치료에서 안정되지 않고 있다. 피신청인의 현재 안정성 및 치료에 대해서는 다음에서 설명한다.
   - ☐ 첨부 문서 6a로 첨부된 *정신 건강 진단서—CARE 법 절차*(CARE-101 양식).
   - ☐ 첨부 문서 5d로 표시되어 첨부된 별도의 문서.
   - ☐ 아래 기재.

CARE 법 절차 대상*(이름)*: 피신청인	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

5. e. 다음 중 적어도 하나는 진실이다*((1)이나 (2), 또는 둘 다 작성).*

(1) ☐ 감독 없이는 피신청인이 지역사회에서 안전하게 생존할 가능성이 낮고 피신청인의 상태가 상당히 악화되고 있다. 피신청인이 지역사회에서 안전하게 생존할 가능성이 낮은 이유, 피신청인이 안전하게 생존하기 위해 필요한 감독의 유형, 피신청인의 신체적 또는 정신적 상태가 최근 악화된 정도에 대해서는 다음에서 설명한다.

☐ 첨부 문서 6a로 첨부된 *정신 건강 진단서—CARE 법 절차*(CARE-101 양식).

☐ 첨부 문서 5e(1)로 표시되어 첨부된 별도의 문서.

☐ 아래 기재.

(2) ☐ 심각한 장애를 초래하거나 피신청인이나 타인에게 심각한 해를 초래할 가능성이 있는 재발 또는 악화를 방지하기 위해 피신청인에게 서비스 및 지원이 필요하다. 피신청인에게 필요한 서비스와 지원 및 피신청인에게 심각한 장애가 초래되거나 자신이나 타인에게 해를 입힐 위험이 있는 이유에 대해서는 다음에서 설명한다.

☐ 첨부 문서 6a로 첨부된 *정신 건강 진단서—CARE 법 절차*(CARE-101 양식).

☐ 첨부 문서 5e(2)로 표시되어 첨부된 별도의 문서.

☐ 아래 기재.

CARE 법 절차 대상*(이름)*: 피신청인	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

5. f. CARE 보험 또는 CARE 협약에 참여하는 것은 피신청인의 회복과 안정을 보장하는 데 필요한 최소한의 제한적 대안이 된다. 이용 가능한 대체 치료 계획에 대한 설명 및 피신청인의 자유를 덜 제한하는 대체 치료 계획이 피신청인의 회복과 안정을 보장할 수 없는 이유에 대해서는 다음에서 설명한다.

☐ 첨부 문서 6a로 첨부된 *정신 건강 진단서—CARE 법 절차*(CARE-101 양식).

☐ 첨부 문서 5f로 표시되어 첨부된 별도의 문서.

☐ 아래 기재.

g. 피신청인은 CARE 보험 또는 CARE 협약에 참여함으로써 혜택을 받을 수 있다. 이러한 주장을 뒷받침하는 이유는 다음에서 제시한다.

☐ 첨부 문서 6a로 첨부된 *정신 건강 진단서—CARE 법 절차*(CARE-101 양식).

☐ 첨부 문서 5g 로 표시되어 첨부된 별도의 문서.

☐ 아래 기재.

6. **필수 문서**

아래 설명된 증거는 본 신청을 뒷받침하기 위해 첨부된다. *(a, b, 또는 양자 모두에 열거된 문서를 첨부하고 첨부된 각 문서 또는 문서 묶음의 설명 옆에 있는 확인란에 체크한다.)*

a. ☐ 본 신청 제출일로부터 60일 이내에 전문가 또는 해당 전문가의 지정대리인이 다음을 수행하였음을 선언하는 면허를 소지한 행동 건강 관리 전문가의 작성 완료된 *정신 건강 진단서—CARE 법 절차*(CARE-101 양식)

(1) ☐ 피신청인을 검사하고 피신청인이 CARE 법 절차에 참여할 수 있는 자격 진단 기준을 충족한다고 판단하였거나,

(2) ☐ 피신청인을 검사하기 위해 여러 번 시도했지만 피신청인의 협조를 얻지 못했으며, 피신청인이 CARE 법 절차에 참여할 수 있는 자격 진단 기준을 충족한다고 믿고 있고 이에 대한 근거를 구체적으로 설명하였다.

정신 건강 진단서—CARE 법 절차(CARE-101 양식)를 첨부하고 첨부 문서 6a로 표시한다.

CARE 법 절차 대상*(이름)*: 피신청인	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

6. b. ☐ 피신청인이 최소 두 차례 이상 집중 치료를 위해 구금되었으며 가장 최근의 집중 치료는 최근 60일 이내에 이루어졌다는 증거. 증거의 예: 집중 치료 증명서 사본, 집중 치료에 대한 증인의 진단서 또는 비자발적 구금 및 최대 14일의 집중 치료를 증명하는 기타 문서. *(모든 증빙서류를 첨부하고 순서대로 첨부 문서 6b1, 6b2, 6b3 등으로 표시하도록 한다.)*

   주: CARE 법의 목적상 '집중 치료'는 WIC 제5250조에 의해 승인된 비자발적 치료를 의미한다. WIC 제5150조, 제5260조 및 제5270.15조를 포함하되 이에 국한되지 않고 그 밖의 모든 다른 법령에 의해 승인된 치료는 해당되지 ***않는다***.

선택적 정보

7. 부족 소속
   a. ☐ 피신청인은 연방정부에서 인정하는 인디언 부족의 등록된 구성원이다.
   부족명 및 우편 주소:

   b. ☐ 피신청인은 캘리포니아 인디언 보건 서비스 프로그램, 캘리포니아 부족 행동보건부서 또는 캘리포니아 부족 법원에서 서비스를 제공받고 있다.
   프로그램, 부서 또는 법원의 이름 및 우편 주소:

8. ☐ 본 신청은 다른 법원 절차로부터 회부된 것이다.
   a. 법원, 부서 및 사법관:

   b. 사건 번호:
   c. 피신청인을 회부한 소송의 유형:
      (1) ☐ 경범죄로 재판 받을 수 있는 능력(Pen. Code, § 1370.01)
      (2) ☐ 감독하의 외래 진료(Welf. & Inst. Code, §§ 5346–5348)
      (3) ☐ LPS(Lanterman-Petris-Short) 법 보호인 제도(Welf. & Inst. Code, §§ 5350–5372)

   ☐ 법원 명령을 첨부하고 첨부 문서 8로 표시한다(선택 사항).

9. 다음 진술 중 진실인 것에 체크한다.
   a. ☐ 피신청인은 통역 서비스 또는 편의 제공을 필요로 한다*(자세히 기재하십시오).*

   b. ☐ 피신청인은 소년 법원 관할에 속한다*(법원을 구체적으로 명시).*
   c. ☐ 피신청인은 현재 보호인 제도하에 있다*(법원을 구체적으로 명시).*
   d. ☐ 피신청인은 지역 센터에서 서비스를 제공 받고 있다*(자세히 기재하십시오).*
   e. ☐ 피신청인은 현재 또는 이전에 주 또는 연방 군대 또는 예비군의 구성원이다*(지부를 구체적으로 명시).*

10. 첨부된 페이지 수: _____

날짜:

(변호인의 이름을 타자 또는 정자로 기재) ▶ 법원에 제출하지 마십시오 (변호인의 서명)

본인은 위에 기술된 정보가 사실이고 정확하다는 것을 진술하며, 그렇지 않은 경우에는 캘리포니아 주법에 따라 위증죄로 처벌을 받을 것입니다.

날짜:

(신청인의 이름을 타자 또는 정자로 기재) ▶ 법원에 제출하지 마십시오 (신청인의 서명)

영어 버전만 온라인 입력 가능.
보호 및 개인 정보 보호를 위해 양식을 인쇄한 후, 이 양식 지우기 버튼을 누르십시오.

이 양식인쇄

이 양식저장

영어 버전만 온라인 입력 가능.
이 양식지우기

CONFIDENTIAL

CARE-100

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:	*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 *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

제한 공개

CARE-101 K

변호사 또는 변호사가 없는 당사자 주 변호사 면허 번호: 이름: 법무법인 이름: 거리 주소: 시: 주: 우편번호: 전화번호: 팩스번호: 이메일 주소: 변호인이 대리하는 당사자(*이름*):	*법원용* 정보 제공 전용 법원에 제출하지 마십시오
캘리포니아주 상급 법원, 소재 카운티 거리 주소: 우편 주소: 시 및 우편번호: 법원 이름:	
CARE 법 절차 대상*(이름)*: 피신청인	
정신 건강 진단서—CARE 법 절차	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

면허를 소지한 행동 건강 관리 전문가 대상
본 양식은 피신청인이 CARE 법 절차를 위한 진단 기준을 충족하는지 여부를 법원에서 판단하는 데 도움이 된다.

일반 정보

1. 진술인의 이름:

2. 사무실 주소, 전화번호 및 이메일 주소:

3. **면허 상태** *(a 또는 b를 작성):*

   a. ☐ 본인은 면허를 소지한 행동 건강 관리 전문가이며 본 양식에 명시된 검사를 수행하는 것은 본인의 면허 범위 내에 있다. 본인은 다음과 같이 유효한 캘리포니아 면허를 소지하고 있다*(하나만 선택):*

   (1) ☐ 의사.
   (2) ☐ 심리학자.
   (3) ☐ 임상사회복지사.
   (4) ☐ 결혼 및 가족 상담사.
   (5) ☐ 전문 임상 상담사.

   b. ☐ 본인은 다음과 같은 이유로 WIC 제5751.2조에 따라 주 보건복지과면허 교부 유예 처분을 받았다*(하나만 선택).*

   (1) ☐ 본인은 ☐ 심리학자 ☐ 임상 사회 복지사 로 고용되어 있으며, 1979년 1월 1일 현재 동일한 프로그램 또는 시설에서 동일한 직급으로 계속 근무하고 있다.

   (2) ☐ 본인은 면허 취득에 필요한 경험을 습득할 목적으로 주 보건서비스국의 면허 위원회에 등록되어 있으며 다음과 같이 정신 건강 서비스를 제공하기 위해 고용되거나 계약 관계에 있다*(하나만 선택).*

   (a) ☐ 임상사회복지사.
   (b) ☐ 결혼 및 가족 상담사.
   (c) ☐ 전문 임상 상담사.

   (3) ☐ 본인은 면허 취득에 필요한 경험을 쌓고 있는 심리학자로서 정신 건강 관리 서비스를 제공하기 위해 고용되거나 계약 관계에 있다.

CARE 법 절차 대상*(이름)*: 피신청인	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

3. b. (4) ☐ 본인은 캘리포니아 주 외부에서 고용을 위해 채용되었고, 캘리포니아 면허 시험에 응시하기에 충분한 경험을 가지고 있다. 본인은 정신 건강 관리 서비스를 제공하기 위해 다음과 같이 고용 또는 계약 관계에 있다*(하나만 선택).*
   (a) ☐ 심리학자.
   (b) ☐ 임상사회복지사.
   (c) ☐ 결혼 및 가족 상담사.
   (d) ☐ 전문 임상 상담사.

4. 피신청인*(이름)*은
   본인의 지속적인 보살핌과 치료를 받고 있는 환자 ☐ 이다 ☐ 아니다

피신청인에 대한 검사 또는 검사 시도

5. 다음 중 하나를 작성한다. *(a와 b 모두 CARE 법 신청서 제출 60일 이내일 것)*
   a. ☐ 피신청인을 검사한 *(날짜):* *(항목 7로 진행)*
   b. ☐ 다음 날짜에 본인은 피신청인을 검사하려고 시도했으나
   피신청인이 검사 대상으로 협조하지 않았기 때문에 실패했다.

6. *(5b에 체크한 경우에만 응답한다)* 피신청인을 검사하기 위해 시도한 시기, 시도 횟수, 시도 유형을 자세히 설명한다. 또한 그러한 시도에 대한 피신청인의 반응과 각 시도의 결과를 설명한다.

7. 다음 정보에 근거하여, 본인은 피신청인이 CARE 법 절차를 위한 진단 기준을 충족한다고 믿을 만한 이유가 있다*(피신청인이 CARE 법 절차에 대한 자격을 갖추기 위해서는 다음 각 요건이 충족되어야 한다).*
   a. 피신청인은 조현병 스펙트럼 장애 또는 동일한 등급의 기타 정신과적 장애 진단을 받았다*(장애를 구체적으로 명시).*

   주: WIC 제5972조에 따라 해당하는 정신과적 장애는 본질적으로 정신과적이어야 하며 외상성 뇌 손상, 자폐증, 치매 또는 신경학적 상태와 같은 의학적 상태로 인한 것이 아니어야 한다. 현재 약물 사용 장애 진단을 받았지만 조현병 스펙트럼이나 그 밖의 정신과적 장애 진단을 포함하여 다른 법적 기준을 충족하지 못하는 사람은 자격이 없다.

   b. 피신청인은 다음과 같은 심각한 정신 질환을 경험하고 있다*(다음 항목 모두 작성).*
      (1) 정도가 심하고 기간이 지속된다*(자세히 설명).*

CARE 법 절차 대상*(이름)*: 피신청인	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

7. b. (2) 일상 생활의 주요 활동에 실질적으로 지장을 주는 행동을 유발할 수 있다*(자세히 설명).*

(3) 장기간 또는 무기한의 치료, 지원 및 재활 없이는 안정적인 적응과 독립적인 기능을 유지할 수 없는 결과를 초래할 수 있다*(자세히 설명).*

c. 피신청인이 현재 진행 중인 자발적 치료에서 임상적으로 안정되지 않고 있다*(자세히 설명).*

d. 다음 중 하나 이상이 진실이다*(다음 중 하나 또는 모두 작성).*

(1) ☐ 감독 없이는 피신청인이 지역사회에서 안전하게 생존할 가능성이 낮고 **또한** 피신청인의 상태가 상당히 악화되고 있다 *(자세히 설명).*

(2) ☐ 심각한 장애를 초래하거나 피신청인이나 타인에게 심각한 해를 초래할 가능성이 있는 재발이나 악화를 방지하기 위해 피신청인에게 서비스 및 지원이 필요하다*(자세히 설명).*

CARE 법 절차 대상*(이름)*: 피신청인	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오

7. e. CARE 보험 또는 CARE 협약에 참여하는 것은 피신청인의의 회복과 안정을 보장하는 데 필요한 최소한의 제한적 대안이 될 것이다*(자세히 설명).*

f. 피신청인은 CARE 보험 또는 CARE 협약에 참여함으로써 혜택을 받을 수 있다*(자세히 설명).*

8. ☐ 피신청인에 대한 본인의 검사에 대한 추가 정보는 ☐ 다음과 같이 ☐ 첨부 문서 8에 제시된다.

본인은 위에 기술된 정보가 사실이고 정확하다는 것을 진술하며, 그렇지 않은 경우에는 캘리포니아 주법에 따라 위증죄로 처벌을 받을 것입니다.

날짜:

(진술인의 이름을 타자 또는 정자로 기재)

▶ 법원에 제출하지 마십시오

(진술인의 서명)

영어 버전만 온라인 입력 가능.
보호 및 개인 정보 보호를 위해 양식을 인쇄한 후, 이 양식 지우기 버튼을 누르십시오.

이 양식인쇄

이 양식저장

영어 버전만 온라인 입력 가능.
이 양식지우기

CONFIDENTIAL

CARE-101

ATTORNEY OR PARTY WITHOUT ATTORNEY NAME: FIRM NAME: STREET ADDRESS: CITY: STATE: ZIP CODE: TELEPHONE NO.: FAX NO.: EMAIL ADDRESS: ATTORNEY FOR *(name)*: STATE BAR NUMBER:	*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	
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 5b is checked.)* Explain in detail when, how many attempts, and the types of attempts that were made to examine respondent. Also explain respondent's response to those attempts and the outcome of each attempt.

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

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

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

CARE ACT PROCEEDINGS FOR *(name)*: 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