

CARE ACT- BECOME A LINK TO CARE (SPANISH)

SELF-HELP FORM PACKET



SHC-CC-04 (Rev. 09/01/2024)

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

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

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 Psíquicos** 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 Psíquicos.

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 Psíquicos: 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^{er} 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^{er} 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**](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:		
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).	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. 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.	Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno esquizotípico de la personalidad y otros trastornos psicóticos.
Padecer actualmente una enfermedad mental que (punto 5c): - 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)).	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. 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.	Si la causa es una enfermedad mental crónica, prolongada o recurrente: - Dificultad para cuidar de sí mismo (p. ej., bañarse, asearse, 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, asearse, conseguir comida y alimentarse, usar el baño) diariamente sin ayuda adicional.

Requisitos	Explicaciones	Ejemplos
No estar clínicamente estabilizado en tratamiento voluntario en curso (punto 5d).	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.	- 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.
Al menos una de las siguientes declaraciones debe ser cierta (punto 5e):		
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)). O	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. Describa cómo ha empeorado rápidamente la capacidad del demandado para pensar con claridad, comunicarse o participar en actividades regulares.	- 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.
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)).	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. <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.	- 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	Explicar cómo la participación en un plan CARE o acuerdo CARE: - 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.	Las alternativas menos restrictivas pueden incluir: 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.	- 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 solicitante.

7 ¿Qué sucede en la comparecencia inicial?

Usted, el solicitante, 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 solicitante.

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>.

CONFIDENCIAL

CARE-100 S

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

2. c. ☐ Interacciones del solicitante con el demandado (si el solicitante está especificado en 1d, 1e, 1f o 1g, especifique el número de interacciones con el demandado y la fecha de la interacción más reciente, y describa la naturaleza y el resultado de cada interacción):
- ☐ Si necesita espacio adicional, incluya una hoja de papel separada y ponga como título "Attachment 2c" (Adjunto 2c).
3. El demandado vive o se ubicaba por última vez en (indique la dirección residencial del demandado, si se sabe y existe; de lo contrario, indique que la dirección es desconocida y proporcione la última ubicación conocida y cualquier información de contacto adicional, como un número de teléfono, incluyendo si el número puede recibir mensajes de texto, o una dirección de email):
- ☐ Si necesita espacio adicional, incluya una hoja de papel separada y ponga como título "Attachment 3" (Adjunto 3).
4. El demandado (Marque todas las que correspondan):
- a. ☐ Reside en el condado indicado anteriormente.
- b. ☐ Se encuentra actualmente en el condado indicado anteriormente.
- c. ☐ Es un acusado o demandado en un proceso penal o civil pendiente en la corte superior del condado indicado anteriormente.
- d. ☐ Es residente en (especifique el condado si lo sabe y es diferente del condado indicado anteriormente):
5. El demandado cumple cada uno de los siguientes requisitos y es elegible para participar en el proceso de la Ley CARE y recibir servicios y apoyo conforme a un acuerdo CARE o un plan CARE (proporcione información a continuación para respaldar cada requisito):
- a. El demandado tiene 18 años o más. Fecha de nacimiento (si la sabe):
Edad en años (si no se sabe la edad exacta, indique la edad aproximada):
- b. El demandado tiene un diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico de la misma clase, según se define en el actual *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. El diagnóstico y la información adicional 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 5b" (Adjunto 5b).
- ☐ a continuación.

PROCESO DE LA LEY CARE PARA (nombre): DEMANDADO	NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte
---	--

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 (nombre): DEMANDADO	NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte
--	--

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): DEMANDADO	NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte
--	---

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):

NÚMERO DE CASO:

DEMANDADO

No entregue a la corte

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)

CARE-100Page 2 of 6

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

5. c. Respondent is currently experiencing a serious mental disorder, as defined in Welfare and Institutions Code section 5600.3(b)(2), in that the disorder:
- (1) Is severe in degree and persistent in duration;
 - (2) May cause behavior that interferes substantially with respondent's primary activities of daily living; **and**
 - (3) May result in respondent's inability to maintain stable adjustment and independent functioning without treatment, support, and rehabilitation for a long or indefinite period.

Supporting information regarding the severity, duration, and risks of respondent's disorder is provided

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

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

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

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

(1) ☐ Respondent is unlikely to survive safely in the community without supervision **and** respondent's condition is substantially deteriorating. Reasons that respondent is unlikely to survive safely in the community, the type of supervision respondent would need to survive safely, and the extent to which respondent's physical or mental condition has recently grown worse are described

- ☐ on *Mental Health Declaration—CARE Act Proceedings* (form CARE-101), attached as Attachment 6a.
- ☐ on separate documents, attached and labeled Attachment 5e(1).
- ☐ below.

(2) ☐ Respondent needs services and supports to prevent a relapse or deterioration that would be likely to lead to grave disability or serious harm to respondent or others. The services and supports needed by respondent and the reasons respondent would become gravely disabled or present a risk of harm to self or others are described

- ☐ on *Mental Health Declaration—CARE Act Proceedings* (form CARE-101), attached as Attachment 6a.
- ☐ on separate documents, attached and labeled Attachment 5e(2).
- ☐ below.

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

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

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

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

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

6. Required Documentation

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

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

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

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

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

7. Other Court Proceedings (*you may leave a field blank if you don't know the information requested or it does not apply*)

- a. ☐ This petition is in response to respondent's referral from another court proceeding.
- (1) Court, department, and judicial officer:
- (2) Case number:
- (3) Type of proceeding from which respondent was referred:
- (A) ☐ Mental competence proceeding arising from a misdemeanor prosecution (Penal Code, § 1370.01)
- (B) ☐ Assisted outpatient treatment (Welfare & Institutions Code, §§ 5346–5348)
- (C) ☐ Lanterman-Petris-Short Act conservatorship (Welfare & Institutions Code, §§ 5350–5372)
- (4) ☐ The referral order is attached and labeled as Attachment 7a (*optional*).
- (5) Respondent's attorney in referring proceeding (name):
 (mailing address):
 (telephone number):
- (email address):

CONFIDENTIAL

CARE-100CARE ACT PROCEEDINGS FOR *(name)*:

CASE NUMBER:

RESPONDENT

7. b. ☐ Respondent is within a juvenile court's dependency, delinquency, or transition jurisdiction.

(1) Court:

(2) Case number:

(3) Respondent's attorney in juvenile court proceeding *(name)*:*(mailing address)*:*(telephone number)*:*(email address)*:c. ☐ Respondent has a court-appointed conservator.

(1) Court:

(2) Case number:

(3) Respondent's attorney in conservatorship proceeding *(name)*:*(mailing address)*:*(telephone number)*:*(email address)*:**Other information** *(you may leave a field blank if you don't know the information requested or it does not apply)*

8. Tribal affiliation

a. ☐ Respondent is an enrolled member of a federally recognized Indian tribe.

Tribe's name and mailing address:

b. ☐ Respondent is receiving services from a California Indian health services program, a California tribal behavioral health department, or a California tribal court.

Name and mailing address of program, department, or court:

9. Check any of the following statements that is true and give the requested information if you know it:

a. ☐ Respondent needs interpreter services or an accommodation for a disability *(if you know, describe respondent's needs)*:b. ☐ Respondent is served by a regional center *(if you know, give the center name and the services provided to respondent)*:c. ☐ Respondent is a current or former member of the state or federal armed services or reserves *(branch name if you know it)*:

10. Number of pages attached: _____

Date:

(TYPE OR PRINT NAME OF ATTORNEY)

(SIGNATURE OF ATTORNEY)

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

Date:

(TYPE OR PRINT NAME OF PETITIONER)

(SIGNATURE OF PETITIONER)

SHORT TITLE:

CASE NUMBER:

ATTACHMENT (Number): _____

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

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

Page _____ of _____

(Add pages as required)

ABOGADO O PARTE SIN ABOGADO NÚM. DEL COLEGIO DE ABOGADOS: NOMBRE: NOMBRE DE LA FIRMA: DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: TELÉFONO: FAX: EMAIL: ABOGADO DE (nombre):		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 (nombre): DEMANDADO	NÚMERO DE CASO: 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 <i>(nombre)</i> : DEMANDADO	NÚMERO DE CASO: 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)*:

PROCESO DE LA LEY CARE PARA (nombre):

DEMANDADO

NÚMERO DE CASO:

No entregue a la corte

7. e. 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 (*explique detalladamente*):

f. Es probable que el demandado se beneficie de la participación en un plan CARE o en un acuerdo CARE (*explique detalladamente*):

8. ☐ La información adicional sobre mi examen del demandado ☐ es la siguiente ☐ se encuentra en el Adjunto 8.

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 DECLARANTE)



Solo para información

(FIRMA DEL DECLARANTE)

CARE ACT PROCEEDINGS FOR (name):	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)*:

CONFIDENTIAL

CARE-101

CARE ACT PROCEEDINGS FOR (name):

CASE NUMBER:

RESPONDENT

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

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

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

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

Date:

(TYPE OR PRINT DECLARANT'S NAME)

_____
(SIGNATURE OF DECLARANT)