

CARE ACT- BECOME A LINK TO CARE (SPANISH)

SELF-HELP FORM PACKET



SHC-CC-04 (Rev. 02/29/2024)

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

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

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

1 ¿Qué es la Ley CARE?

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

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

2 ¿Qué es un acuerdo CARE o plan CARE?

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

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

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

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

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

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

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

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

Punto 1: ¿Quién puede ser el solicitantes?

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

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

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

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

Punto 2: Relación con el demandado

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

Punto 3: Dirección o última ubicación conocida del demandado

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

Punto 4: Condado de presentación

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

Punto 5: Elegibilidad del demandado

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

Requisitos	Explicaciones	Ejemplos
El demandado debe tener 18 años o más (punto 5a) y debe:		
<p>Tener un diagnóstico de un trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico de la misma clase, según se define en el actual <i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales</i> (punto 5b).</p>	<p>Solo una persona con un trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico es elegible para el proceso de la Ley CARE. Una persona que solo padece otra enfermedad mental grave, como un trastorno bipolar o una depresión mayor, no es elegible.</p> <p>Nota: El trastorno psicótico no debe estar basado en una afección médica, incluida una afección de salud física como una lesión cerebral traumática, autismo, demencia o una afección neurológica. Una persona con un diagnóstico actual de trastorno por uso de sustancias también debe tener un trastorno psicótico y cumplir todos los demás criterios del punto 5 para ser elegible.</p>	<p>Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno esquizotípico de la personalidad y otros trastornos psicóticos.</p>
<p>Padecer actualmente una enfermedad mental que (punto 5c):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es grave en grado y persistente en duración (punto 5c(1)) • Puede causar un comportamiento que interfiere sustancialmente con las actividades de la vida diaria (punto 5c(2)), y • Puede causar una incapacidad para mantener un ajuste estable y un funcionamiento independiente sin tratamiento, apoyo y rehabilitación durante un período largo o indefinido (punto 5c(3)). 	<p>Indique cualquier comportamiento, como delirios, alucinaciones o cambios de humor inusuales y continuos, que interfieren sustancialmente en la capacidad del demandado para realizar tareas esenciales y de rutina necesarias para el trabajo o el cuidado personal.</p> <p>Describa por qué cree que el demandado no es capaz de vivir de forma independiente, funcionar en la comunidad y cuidar de su condición y sus relaciones sociales, sin ayuda adicional.</p>	<p>Si la causa es una enfermedad mental crónica, prolongada o recurrente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para cuidar de sí mismo (p. ej., bañarse, 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
<p>No estar clínicamente estabilizado en tratamiento voluntario en curso (punto 5d).</p>	<p>Describa por qué cree que el demandado no recibe el apoyo adecuado en un programa de tratamiento voluntario para que su condición y síntomas sean estables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Rechazo repetido y continuo, sin motivo, a aceptar un tratamiento voluntario. Aceptar temporalmente un tratamiento voluntario que se ve interrumpido por no continuar o negarse a continuar el tratamiento sin motivo. Se acepta el tratamiento voluntario, pero ese tratamiento no es efectivo para estabilizar al demandado.
<p>Al menos una de las siguientes declaraciones debe ser cierta (punto 5e):</p>		
<p>Es poco probable que el demandado sobreviva de forma segura en la comunidad sin supervisión y su condición se está deteriorando sustancialmente (punto 5e(1)).</p> <p>O</p>	<p>Indique los casos recientes en los que el demandado ha necesitado supervisión para sobrevivir en la comunidad debido a la falta de orientación en la realidad, confusión o deterioro de la percepción.</p> <p>Describa cómo ha empeorado rápidamente la capacidad del demandado para pensar con claridad, comunicarse o participar en actividades regulares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalizaciones recientes o frecuentes debido a síntomas como delirios, alucinaciones, desorganización, deterioro de la percepción, deterioro del juicio. Arrestos recientes o frecuentes debido a enfermedades mentales.
<p>El demandado necesita servicios y apoyos para evitar una recaída o un deterioro que probablemente resultaría en una discapacidad severa o un daño grave para el demandado u otras personas (punto 5e(2)).</p>	<p>Describa cómo el demandado sería incapaz de sobrevivir de forma segura, quedaría gravemente discapacitado o causaría daños graves a otras personas o a sí mismo a menos que recibiera servicios y apoyos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Discapacidad severa</i> significa que una persona no es capaz, debido a una enfermedad mental, de satisfacer sus necesidades personales básicas de alimentación, vestimenta o alojamiento. <i>Daño grave</i> incluye lesiones que causan dolor extremo, alto riesgo de muerte o pérdida de funciones físicas o mentales. 	<ul style="list-style-type: none"> Una persona que tiene acceso a una vivienda inmediata y segura pero elige vivir en condiciones que podrían poner en peligro su salud, como resultado de una enfermedad mental. Una persona que ha intentado suicidarse recientemente a causa de su enfermedad mental y aún expresa el deseo de hacerse daño a sí misma. Comportamiento de autolesión, como caminar hacia el tráfico o hacerse daño a sí mismo sin darse cuenta a través de un comportamiento que los pone en riesgo de sufrir lesiones graves o perder la vida.

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

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

Punto 6: Documentación requerida

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

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

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

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

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

Punto 8: Remisión de otra corte (opcional)

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

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

Punto 9: Información útil

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

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

Punto 10: Adjuntos

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

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

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

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

6 ¿Qué sucederá después de que presente la petición?

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

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

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

7 ¿Qué sucede en la comparecencia inicial?

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

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

8 ¿Qué derechos tienen los solicitantes?

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

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

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

9 ¿Qué es un litigante abusivo?

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

10 ¿Qué sucede si no hablo inglés?

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

11 ¿Qué pasa si tengo una discapacidad?

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

PROCESO DE LA LEY CARE PARA (*nombre*):

NÚMERO DE CASO:

DEMANDADO

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

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

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

6. Documentación requerida

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

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

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

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

6. b. Pruebas de que el demandado estuvo detenido durante al menos dos periodos de tratamiento intensivo, el más reciente en los últimos 60 días. Ejemplos de pruebas: una copia de la certificación del tratamiento intensivo, una declaración de un testigo del tratamiento intensivo u otra documentación que indique la detención involuntaria y la certificación de hasta 14 días de tratamiento intensivo. (Adjunte todos los documentos de respaldo y ponga como título a cada uno, en orden, "Attachment 6b1" (Adjunto 6b(1)), "Attachment 6b2" (Adjunto 6b2), "Attachment 6b3" (Adjunto 6b3), etc.)
- Nota:** Para los fines de la Ley CARE, "tratamiento intensivo" se refiere al tratamiento involuntario autorizado por el Código de Bienestar e Instituciones, sección 5250. **No** se refiere a tratamientos autorizados por otros estatutos, incluidos, entre otros, el Código de Bienestar e Instituciones, secciones 5150, 5260, y 5270.15.

Información opcional

7. Afiliación tribal
- a. El demandado es miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal.
Nombre y dirección postal de la tribu: _____
- b. El demandado está recibiendo servicios de un programa de servicios de salud para indígenas de California, un departamento de salud conductual tribal de California o una corte tribal de California.
Nombre y dirección postal del programa, departamento o corte: _____
8. Esta petición se basa en una referencia de otro proceso de la corte.
- a. Corte, departamento y juez: _____
- b. Número de caso: _____
- c. Tipo de proceso desde el que fue remitido el demandado:
- (1) Competencia para someterse a juicio por delitos menores (Cód. Penal, sección, § 1370.01)
- (2) Tratamiento ambulatorio asistido (Cód. de Bienestar e Instituciones, secciones, §§ 5346–5348)
- (3) Tutela bajo la Ley de Lanterman-Petris-Short (Cód. de Bienestar e Instituciones, secciones, §§ 5350–5372)
- Orden de la corte adjunta y con el título "Attachment 8" (Adjunto 8) (opcional).
9. Marque todas las declaraciones siguientes que sean ciertas:
- a. El demandado necesita servicios de interpretación o una modificación (*especifique*): _____
- b. El demandado está bajo la jurisdicción de una corte de menores (*especifique qué corte*): _____
- c. El demandado está actualmente bajo tutela de adulto (*especifique cuál corte*): _____
- d. El demandado es atendido por un Centro regional (*especifique cuál*): _____
- e. El demandado es o ha sido miembro de las fuerzas armadas estatales o federales o de las reservas (*especifique de cuál rama*): _____
10. Número de páginas adjuntas: _____

Fecha:

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

▶ _____
Solo para información
(FIRMA DEL ABOGADO)

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

Fecha:

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

▶ _____
Solo para información
(FIRMA DEL SOLICITANTE)

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

1. Petitioner (*name*):
 is 18 years of age or older and (*check all that apply*):
- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> a. <input type="checkbox"/> A person who lives with respondent. b. <input type="checkbox"/> A spouse or registered domestic partner, parent, sibling, child, or grandparent of respondent. c. <input type="checkbox"/> A person who stands in the place of a parent to respondent. d. <input type="checkbox"/> The director* of a hospital in which respondent is hospitalized. e. <input type="checkbox"/> The director* of a public or charitable organization, agency, or home <ul style="list-style-type: none"> (1) <input type="checkbox"/> who is or has been, within the past 30 days, providing behavioral health services to respondent; or (2) <input type="checkbox"/> in whose institution respondent resides. f. <input type="checkbox"/> A licensed behavioral health professional* who is or has been, within the past 30 days, treating or supervising the treatment of respondent. | <ul style="list-style-type: none"> g. <input type="checkbox"/> A first responder, including a peace officer, firefighter, paramedic, emergency medical technician, mobile crisis response worker, or homeless outreach worker who has had repeated interactions with respondent. h. <input type="checkbox"/> The public guardian* or public conservator* of the county named above or a private conservator referred by the court under Welfare and Institutions Code section 5978. i. <input type="checkbox"/> The director* of the county behavioral health agency of the county named above. j. <input type="checkbox"/> The director* of adult protective services of the county named above. k. <input type="checkbox"/> The director* of a California Indian health services program or a California tribal behavioral health department. l. <input type="checkbox"/> A California tribal court judge.* m. <input type="checkbox"/> Respondent. |
|--|--|
- * This person may designate someone else to file the petition on their behalf. If the petitioner is a designee, check this category and put designee's name in item 1, above.
2. a. Petitioner asks the court to find that respondent (*name*):
 is eligible to participate in the CARE Act process and to commence CARE Act proceedings for respondent.
- b. Petitioner's relationship to respondent (*specify and describe relationship*):

CONFIDENTIAL

CARE-100

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

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

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

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

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

6. Required Documentation

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

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

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

CONFIDENTIAL

CARE-100

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

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

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

Optional information

7. Tribal affiliation

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

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

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

a. Court, department, and judicial officer:

b. Case number:

c. Type of proceeding from which respondent was referred:

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

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

- a. Respondent needs interpreter services or an accommodation *(specify)*:

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

10. Number of pages attached: _____

Date:

(TYPE OR PRINT NAME OF ATTORNEY)

▶ _____
(SIGNATURE OF ATTORNEY)

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

Date:

(TYPE OR PRINT NAME OF PETITIONER)

▶ _____
(SIGNATURE OF PETITIONER)

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

ATTACHMENT (Number): _____

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

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

Page _____ of _____

(Add pages as required)

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 <i>(nombre)</i> :	SOLO PARA USO DE LA CORTE <h2 style="margin: 0;">Solo para información No entregue a la corte</h2>
CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE DIRECCIÓN: DIRECCIÓN POSTAL: CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: NOMBRE DE SUCURSAL:	
PROCESO DE LA LEY CARE PARA <i>(nombre)</i> : <div style="text-align: right;">DEMANDADO</div>	
DECLARACIÓN DE SALUD MENTAL—PROCESO DE LA LEY CARE	NÚMERO DE CASO: <h2 style="margin: 0;">No entregue a la corte</h2>

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*):

NÚMERO DE CASO:

DEMANDADO

No entregue a la corte

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

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

EXAMEN O INTENTOS DE EXAMINAR AL DEMANDADO

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

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

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

PROCESO DE LA LEY CARE PARA (nombre):

NÚMERO DE CASO:

DEMANDADO

No entregue a la corte

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

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

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

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

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

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

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

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

GENERAL INFORMATION

1. Declarant's name:

2. Office address, telephone number, and email address:

3. **License status** (complete either a or b):
 - a. I am a licensed behavioral health professional and conducting the examination described on this form is within the scope of my license. I have a valid California license as a (check one):
 - (1) physician.
 - (2) psychologist.
 - (3) clinical social worker.
 - (4) marriage and family therapist.
 - (5) professional clinical counselor.

 - b. I have been granted a waiver of licensure by the State Department of Health Care Services under Welfare and Institutions Code section 5751.2 because (check one):
 - (1) I am employed as a psychologist clinical social worker continuing my employment in the same class as of January 1, 1979, in the same program or facility.
 - (2) I am registered with the licensing board of the State Department of Health Care Services for the purpose of acquiring the experience required for licensure and employed or under contract to provide mental health services as a (check one):
 - (a) clinical social worker.
 - (b) marriage and family therapist.
 - (c) professional clinical counselor.
 - (3) I am employed or under contract to provide mental health services as a psychologist who is gaining experience required for licensure.

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

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

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

EXAMINATION OR ATTEMPTS MADE AT EXAMINATION OF RESPONDENT

5. Complete one of the following: *(both a and b must be within 60 days of the filling of the CARE Act petition)*
- a. I examined the respondent on *(date)*: *(proceed to item 7).*
 - b. On the following dates: _____ I attempted to examine respondent but was unsuccessful due to respondent's lack of cooperation in submitting to an examination.
6. *(Answer only if 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 <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)*:

