

Superior Court of Washington, County of _____
워싱턴 상급 법원, 카운티

In re Detention of:
구금에 대한 전:

Case No. _____
사건 번호

Respondent	DOB
피청원인	생년월일

Petition for Initial Detention (Non-Emergency) – Adult
최초 구금 청원 (비응급) - 성인

By:
서명인:

[] Mental Disorder (PIDNEAM)
정신장애 (PIDNEAM)

[] Substance Use Disorder (PIDNEAS)

Petitioner
청원인

물질이용장애 (PIDNEAS)

[] Co-occurring Disorders (PIDNEAC)
동시 발생 장애 (PIDNEAC)

Clerk's Action Required
서기의 조치가 필요함

I am a designated crisis responder (DCR) from [] County (*insert name of county*)
 _____ or [] Health Care Authority in consultation with
 (*insert name of tribe*) _____.

본인은 (부족 이름 삽입)와(과) 협의하는 [-] 카운티(카운티 이름 삽입)
또는 [-] 보건국(Health Care Authority)에서 정한 지정 위기 대응자(DCR)입니다

Respondent was brought to my attention under the following circumstances:

본인은 다음 상황에서 피청원인을 알게 되었습니다.

본인의 개인적 관찰 및/또는 믿을 수 있는 사람 및/또는 조사를 통해 얻은 정보, 및/또는 피청원인과의 인터뷰를 토대로 피청원인이 행동건강장애를 겪고 있다는 결론을 내리게 만든 사실은 다음과 같습니다.

피청원인이 심각한 피해를 일으킬 가능성 및/또는 심각한 장애가 있다고 결론을 내리게 만든 사실:

Petition for Initial Detention
(Non-Emergency)
p. 2 of 12

자발적 입원 또는 해독 서비스를 포함한 덜 제한적인 대안이 임상적으로 적절하거나 필요하지 않으며 피청원인이나 타인을 위한 최선의 이익에 부합하지 않으며, 그 이유는 다음과 같습니다.

The respondent was advised that behavioral health treatment was appropriate. **Respondent has failed to accept appropriate evaluation and treatment voluntarily as evidenced by:**
피청원인은 행동건강 치료가 적합하다는 조언을 받았습니다. 피청원인은 다음 증거와 같이 자발적으로 적절한 평가 및 치료를 수락하지 않았습니다.

Therefore, the petitioner requests that the court order the respondent to appear for an evaluation and treatment period not to extend beyond 120 hours within 24 hours after service of the order.

따라서 청원인은 법원에서 피청원인에게 명령 송달 후 24시간 이내에 120시간 이하의 평가 및 치료를 받도록 명령을 내릴 것을 요청합니다.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the foregoing is

true and correct.

본인은 워싱턴주 법에 따라 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 위 내용이 사실이고 정확함을 선언합니다.

Signed at _____
서명장소

City
시

State
주

Date: _____
서명일:

Time: _____ AM/PM
시간: 오전/오후

Sign here
여기에 서명

Print name
이름(정자체)

6. Within 24 hours of admission or acceptance at the facility, not counting time periods prior to medical clearance, you will be examined and evaluated by a physician and a mental health professional (or substance use disorder professional if detained for substance use disorder evaluation and treatment) and shall receive such treatment and care as your condition requires for the period that you are detained.
진단서 발급 전 기간을 제외하고 시설 입원 또는 승인 후 24 시간 이내에 귀하는 의사 및 정신건강 전문가(또는 물질이용장애 평가 및 치료로 구금된 경우 약물이용장애 전문가)의 검사 및 평가를 받게 되며 귀하의 구금 기간 동안 귀하의 조건에 따라 필요한 해당 치료 및 돌봄을 받아야 합니다.
7. To have the court appoint a reasonably available independent professional person to examine you and testify at the hearing, at public expense, if you are unable to pay.
법원에서 합당하게 이용할 수 있는 독립 전문가를 지정하여, 귀하께서 지불 능력이 없을 경우에는 공공 비용으로 귀하를 조사하고 심리에서 증언하도록 할 권리.
8. To refuse psychiatric medication, including antipsychotic medications, beginning 24 hours prior to the probable cause hearing. (This does not apply to minors detained per Ch. 71.34 RCW.)
정당 사유 심리 24 시간 전부터 항정신성 의약품을 포함한 정신과 투약을 거부할 권리.
(이는 Ch. 71.34 RCW에 따라 구금된 미성년자에게는 적용되지 않습니다.)
9. To view and copy all petitions and reports in the court file.
법원 파일의 모든 청원 및 보고서 열람과 복사 권리.

Served on:

송달:

Respondent

청원인

Dated: _____, 20____.

날짜: _____, 20____.

Reviewed and/or read by:

검토 및/또는 확인:

Legal Guardian or Conservator

법적 후견인 또는 관리원

Dated: _____, 20____.

날짜: _____, 20____.

Served by:

송달:

Designated Crisis Responder

지정 위기 대응자

Dated: _____, 20____.

날짜: _____, 20____.

Print Name

이름 (정자체 기입)

Print Name

이름 (정자체 기입)

Print Name

이름 (정자체 기입)

Superior Court of Washington, County of _____
워싱턴 상급 법원, 카운티

In re Detention of:

구금에 대한 건:

Respondent

피청원인

DOB

생년월일

By:

서명인:

Petitioner

청원인

Case No. _____

사건 번호

**ORDER FOR INITIAL DETENTION &
PROOF OF SERVICE**

최초 구금 명령 및 송달 증명

A *Petition for Initial Detention (Non-emergency)* was filed by the [] County (*insert name of county*) _____ or [] Health Care Authority in consultation with (*insert name of tribe*) _____. The court finds that the respondent presents, as a result of a behavioral health disorder, a likelihood of serious harm, or is gravely disabled and that the person has refused or failed to accept appropriate evaluation and treatment voluntarily. Now IT IS HEREBY ORDERED, ADJUDGED AND DECREED that:

최초 구금 (비응급) 청원은 [-] 카운티(카운티 이름 삽입)

또는 [-] (부족 이름 삽입)와(과) 협의하여 보건국(Health Care Authority)이 제출하였습니다

. 법원은 피청원인이 행동건강장애로 인하여 심각한 피해를 일으킬 가능성이 있거나 심각한 장애가 있으며 해당 개인이 자발적으로 적절한 평가 및 치료를 거절하거나 수락하지 않았다는 결정을 내렸습니다. 이에 다음을 명령, 판결 및 결정합니다.

Respondent shall appear in person at (*insert name of facility*) _____ no later than 24 hours from the service of this order. If the respondent is in the custody of any correctional facility or jail: said correctional facility or jail shall transport the respondent to the facility named above within 24 hours of service of this order. If the respondent fails to appear as ordered, the (*insert name of county or tribe*) _____ [] County [] Tribe DCR may cause the respondent to be taken into custody and delivered into the custody of an evaluation and treatment facility, secure withdrawal management and stabilization facility, or approved substance use disorder treatment program for up to 120 hours of evaluation and

treatment pursuant to ch. 71.05 RCW (not applicable if the respondent is in a correctional facility or jail).

피청원인은 본 명령의 송달 후 24시간 이내에 (시설 이름 삽입)에

직접 출석해야 합니다. 피청원인이 교정시설이나 감옥에 구금되어
있는 경우: 해당 교정 시설이나 감옥은 본 명령 송달 후 24시간 이내에 피청원인을 위의 시설로
이동시켜야 합니다. 피청원인이 명령에 따라 시설에 가지 않을 경우, (카운티 또는 부족 이름
삽입) [-]

카운티 [-] 부족 DCR은 피청원인을 ch. 71.05 RCW 에 따라 120시간 이내로 평가 및 치료 시설에
구금하고 금단 관리 및 안정화 안전시설 또는 승인된 물질이용장애 치료 프로그램을 받도록 할
수 있습니다. (피청원인이 교정시설 또는 감옥에 있는 경우에는 해당사항 없음).

DATED: _____, 20____.

날짜: _____, 20

JUDGE/COURT COMMISSIONER

판사/법원 위원

-----PROOF OF SERVICE-----
-----송달 증명-----

I declare that I am 18 years of age or older. During the timing of this petition being sought and filed I was and am now a designated crisis responder duly designated by the [] County (*insert name of county*) _____ or [] Health Care Authority in consultation with (*insert name of tribe*) _____.
On (date) _____, 20____, at (time) _____ at (location) _____ in (*insert name of county*) _____

County, Washington, I personally served the respondent with the: *Petition for Initial Detention (Non-emergency)*; *Order to Appear*; and *Notice of Rights*. Copies of the documents were also [] served [] mailed to the Guardian/Conservator (*if applicable*).

본인은 18세 이상임을 선언합니다. 본 청원의 신청 및 제출 기간 동안 본인은 [-] 카운티(카운티 이름 삽입) 또는 [-] 보건국(Health Care Authority)에서 (부족 이름 삽입)와(과) 협의하여 정식으로 지정한 지정 위기 대응자였으며 현재도 지정 위기 대응자입니다 . 20
(날짜) (시간)에

워싱턴주 (카운티 이름 삽입) 카운티 (장소)에서 본인은 피청원인에게 직접 다음을 송달했습니다. 최초 구금 청원(비응급), 출석 명령, 및 권리 통지. 해당 문서들의 사본은 또한 후견인/관리원에게 [-] 송달 [-] 송부했습니다(해당하는 경우).

[] Copies were also served on (*insert name*) _____, a member of the staff of the correctional facility or jail in which the respondent is being held (*if applicable*).
사본은 피청원인이 수감된 교정시설 또는 감옥의 직원인 (이름 삽입) 에게도 송달되었습니다(해당하는 경우).

[] Copies were also served on the (*name of tribe and Indian health care provider*) _____, together with any orders issued by the court, upon the person and the person's guardian because I know or have reason to know that the respondent is an American Indian or Alaska Native who receives medical or behavioral health services from a tribe within this state.

본인은 피청원인이 이 주의 부족에서 의료 또는 행동건강 서비스를 받는 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민임을 알고 있거나 알아야 할 사유가 있으므로 사본은 법원에서 해당 개인 및 개인의 후견인에게 발급한 다른 명령과 함께 (부족 및 인디언 건강관리 제공자 이름) 에게도 송달했습니다.

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

본인은 워싱턴주 법에 따라 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 위 내용이 사실이고 정확함을 선언합니다.

Signed at _____
서명장소

Date: _____
서명일:

City State
시 주

Sign here
여기에 서명

Print name
이름(정자체)

***This form is optional**
***이 양식은 선택 사항입니다**

Superior Court of Washington, County of _____
워싱턴 상급 법원, 카운티

In re Detention of:
구금에 대한 건:

Respondent DOB
피청원인 생년월일

By:
서명인:

Petitioner
청원인

Case No. _____
사건 번호

DECLARATION OF WITNESS
증인 선언

I declare the following, and I am willing to testify to these facts in any subsequent judicial proceedings:

본인은 다음을 선언하며 이후 모든 사법 절차에서 이 사실들을 증언하고자 합니다.

(Add additional pages, if necessary)
(필요할 경우 페이지 추가)

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

본인은 워싱턴주 법에 따라 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 위 내용이 사실이고 정확함을 선언합니다.

Signed at _____
서명장소

Date: _____
서명일:

City
시

State
주

Sign here
여기에 서명

Print name
이름(정자체)

DEMOGRAPHIC INFORMATION (Optional)
인구통계 정보 (선택)

Respondent _____ Date _____
피청원인 날짜

1. Address _____ Phone _____
주소 전화

2. Date of Birth _____
생년월일

3. [] S [] M [] D [] W [] SEP/Spouse's name _____
S [-] M [-] D [-] W [-] SEP/배우자 이름

4. Employment _____
고용

5. Ethnicity: _____ 6. Primary Language: _____
인종: 주 언어:

7. Tribal Affiliation: [] Yes [] No
부족 관계: [-] 예 [-] 아니요

If "Yes", then is the respondent served by an Indian healthcare provider? [] Yes [] No
"예"라고 답변하셨다면, 응답자는 인디언 의료 제공자로부터 서비스를 받고 있습니까? [-]
예 [-] 아니요

Tribe/Indian healthcare provider contact:
부족/인디언 건강관리 제공자 연락처:

Agency: _____
기관:

Contact Person: _____
담당자:

Phone: _____
전화:

Tribal Notification: [] Yes [] No

부족 통지: [-] 예 [-] 아니요

8. [] Nearest Relatives/Significant Others [] Legal guardian/conservator

가까운 친척/배우자 [-] 법적 후견인/관리원

Relationship 관계	Name 이름	Address 주소	Phone 전화
--------------------	------------	---------------	-------------

9. Alcohol/Drug History/Treatment

알코올/약물 이력/치료

10. Witness: Available for hearing: [] Yes [] No

증인: 심리 참석 가능 여부: [-] 예 [-] 아니요

a. _____

H:
H:
W:
W:

Relationship 관계	Name 이름	Phone 전화
--------------------	------------	-------------

b. _____

HH:
HH:
W:
W:

Relationship 관계	Name 이름	Phone 전화
--------------------	------------	-------------

11. Mental Health Provider information: [] Registered [] Terminated [] No Record or Unknown [] Enrolled: Provider/PCP: _____

정신건강 제공자 정보: [-] 등록 [-] 종료 [-] 기록 없음 또는 모름 [-] 참여: 제공자/PCP:

12. Other agencies involved with Respondent:

피청원인과 관련된 기타 기관:

Agency 기관	Contact Person 담당자	Phone 전화
--------------	-----------------------	-------------

13. BH-ASO of Residence: _____ /DCR:

주거 BH-ASO: _____ /DCR:

Completed by: _____ /

작성:

Petitioner

청원인

/

Print Name

이름(정자체 기입)