

Superior Court of Washington, County of _____
Высший суд штата Вашингтон, округ _____

In re Detention of:
По вопросу заключения под
стражу:

Respondent	DOB
Ответчик	Дата рождения

Ву:
Кем подано:

Petitioner
Податель заявления

Case No. _____
Дело № _____

Petition for Initial Detention (Non-Emergency) – Adult
Ходатайство о первоначальном заключении под стражу (неэкстренный случай) — взрослое лицо

[] Mental Disorder (PIDNEAM)
Психическое расстройство
(PIDNEAM)

[] Substance Use Disorder (PIDNEAS)
Расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ (PIDNEAS)

[] Co-occurring Disorders (PIDNEAC)
Сопутствующие расстройства (PIDNEAC)

Clerk's Action Required
Необходимо действие секретаря суда

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

Я являюсь назначенным специалистом по реагированию на кризисные состояния (DCR) из [-] округа (укажите название округа) или [-] управления здравоохранения по согласованию с (укажите название племени)

Respondent was brought to my attention under the following circumstances:
Ответчик попал в поле моего зрения при следующих обстоятельствах:

Based upon my personal observation and/or information obtained from reliable people and/or investigation, and/or following an interview with the respondent, **the facts that led me to conclude that the respondent suffers from a behavioral health disorder are as follows:**

На основании моего личного наблюдения и/или информации, полученной от надежных людей и/или в ходе расследования, и/или после беседы с ответчиком, я пришел к выводу, что ответчик страдает от расстройства поведенческого здоровья, и это следующие факты:

Facts that led me to conclude that the respondent presents a likelihood of serious harm and/or is gravely disabled are as follows:

Факты, которые позволили мне сделать вывод о том, что ответчик представляет угрозу причинения серьезного вреда и/или является серьезным инвалидом, следующие:

No less restrictive alternative than detention, including voluntary hospitalization or detoxification services, is clinically appropriate, necessary, and in the best interest of the respondent or others because:

Никакая менее ограничительная альтернатива, чем заключение под стражу, включая добровольную госпитализацию или услуги по детоксикации, не является клинически целесообразной, необходимой и отвечающей наилучшим интересам ответчика или других лиц, поскольку:

The respondent was advised that behavioral health treatment was appropriate. **Respondent has failed to accept appropriate evaluation and treatment voluntarily as evidenced by:**
Ответчику было рекомендовано лечение поведенческого расстройства. Ответчик отказался или не смог добровольно принять соответствующую оценку и лечение, о чем свидетельствует:

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.

Поэтому податель заявления просит суд обязать ответчика явиться на оценку и лечение продолжительностью не более 120 часов в течение 24 часов после вручения приказа.

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

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Вашингтон, что вышеизложенная информация является правдивой и точной.

Signed at _____
Подписано в _____

City
Город

State
Штат

Date: _____
Дата: _____

Time: _____ AM/PM
Время: _____ утра/вечера

Sign here
Подпись

Print name
Имя и фамилия печатными буквами

Superior Court of Washington, County of _____
Высший суд штата Вашингтон, округ _____

In re Detention of:
По вопросу заключения под
стражу:

Case No. _____
Дело № _____

Respondent _____ DOB _____
Ответчик _____ Дата рождения _____

NOTICE OF RIGHTS
УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВАХ

By:
Кем подано:

Petitioner _____
Податель заявления _____

You are hereby given notice that you have the following rights:

Настоящим вы уведомляете о том, что вы имеете следующие права:

1. To communicate with an attorney immediately and the right to have an attorney represent you before and at any court hearing and to have such attorney appointed if you cannot afford one and the right to know the name and address of said attorney. You are entitled to contact an attorney of your choosing, or in place thereof (*insert name, address, phone number of public defender*)

Право на немедленное общение с адвокатом и право на то, чтобы адвокат представлял вас до и на любом судебном заседании, а также право на назначение такого адвоката, если вы не можете себе его позволить, и право знать имя и адрес такого адвоката. Вы имеете право обратиться к адвокату по вашему выбору, или вместо него (укажите имя, адрес, телефон общественного защитника)

_____ will be appointed to represent you.
будет назначен для
представления ваших интересов.

2. To remain silent as any statement you make may be used against you.
Хранить молчание, потому что любое заявление, которое вы сделаете, может быть использовано против вас.
3. To present evidence and to cross-examine witnesses who may testify about you at any probable cause hearing.
Представлять доказательства и подвергать перекрестному допросу свидетелей, которые могут давать показания относительно вас на слушании по вопросу достаточных оснований.
4. To a judicial hearing in a court of law within the next 120 hours (excluding Saturday, Sunday, and legal holidays) to determine whether there is probable cause to commit you for further mental health treatment for up to 14 days of inpatient or 90 days of outpatient treatment for the reason that you are a person whose mental disorder presents a likelihood of serious harm to yourself or others or that you are gravely disabled.
На судебное слушание в суде общего права в течение следующих 120 часов (за исключением субботы, воскресенья и официальных праздничных дней), чтобы

определить, есть ли достаточные основания для направления вас на дальнейшее лечение психического расстройства на срок до 14 дней стационарного лечения или 90 дней амбулаторного лечения на том основании, что вы являетесь лицом, чье психическое расстройство представляет вероятность причинения серьезного вреда себе или другим или на том основании, что у вас имеется инвалидность тяжелой степени.

5. To apply for voluntary admission for treatment of a behavioral health disorder.
Подать заявление о добровольной госпитализации для лечения поведенческого расстройства.
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.
В течение 24 часов после поступления или согласия на ваш прием в учреждение, не считая периодов времени до получения медицинского разрешения, вы будете подвергнуты осмотру и оценке вашего состояния терапевтом и специалистом по психическому здоровью (или специалистом по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, если вы были заключены под стражу в связи с оценкой и лечением расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ), и вы получите такое лечение и уход, которого требует ваше состояние на период вашего содержания под стражей.
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.
Суд может назначить доступного независимого специалиста для осмотра и дачи показаний на слушаниях за государственный счет, если вы не в состоянии заплатить.
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.)
Отказаться от приема психотропных лекарств, включая антипсихотики, начиная с 24 часов до проведения слушания по вопросу достаточных оснований. (Это не относится к несовершеннолетним, заключенным под стражу согласно ст. 71.34 RCW.)
9. To view and copy all petitions and reports in the court file.
Просматривать и копировать все ходатайства и отчеты, содержащиеся в судебных материалах.

Served on:

Дата вручения:

Respondent

Ответчик

Print Name

Имя и фамилия печатными буквами

Dated: _____, 20____.

Дата: _____, 20____

Reviewed and/or read by:

Кем рассмотрено и/или прочитано:

Legal Guardian or Conservator
Законный опекун или попечитель

Dated: _____, 20____.
Дата: _____, 20

Served by:
Кем вручено:

Print Name
Имя и фамилия печатными буквами

Designated Crisis Responder

Назначенный специалист по реагированию на кризисные состояния

Print Name

Имя и фамилия печатными буквами

Dated: _____, 20____.
Дата: _____, 20

Superior Court of Washington, County of _____
Высший суд штата Вашингтон, округ _____

In re Detention of:

По вопросу заключения под стражу:

Respondent

DOB

Ответчик

Дата рождения

By:

Кем подано:

Petitioner

Податель заявления

Case No. _____

Дело № _____

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

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ О
ПЕРВОНАЧАЛЬНОМ ЗАКЛЮЧЕНИИ ПОД
СТРАЖУ И СВИДЕТЕЛЬСТВО О
ВРУЧЕНИИ**

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: *Ходатайство о первоначальном заключении под стражу (неэкстренное) было подано [-] округом (укажите название округа) _____ или [-] Управлением здравоохранения по согласованию с (укажите название племени) _____.* Суд считает, что в результате расстройства поведения ответчик может причинить серьезный вред здоровью или является тяжелым инвалидом, и что он отказался или не смог добровольно принять соответствующую оценку и лечение. Настоящим ПОСТАНОВЛЯЕТСЯ И ВЫНОСИТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ РЕШЕНИЕ:

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).

Ответчик обязан лично явиться в (указать название учреждения)

*не позднее чем через 24 часа после вручения
настоящего приказа. Если ответчик находится под стражей в любом исправительном учреждении или тюрьме: указанное исправительное учреждение или тюрьма должны доставить ответчика в вышеуказанное учреждение в течение 24 часов после вручения настоящего приказа. Если ответчик не явится в соответствии с приказом, (укажите название округа или племени)*

DCR уровня [-] округа [-] племени может взять ответчика под стражу и передать его в учреждение для оценки и лечения, безопасное учреждение для снятия синдрома отмены и стабилизации или в утвержденную программу лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, на срок до 120 часов для оценки и лечения в соответствии с гл. 71.05 RCW (не применяется, если ответчик находится в исправительном учреждении или тюрьме).

DATED: _____, 20____.

DATA: _____, 20

JUDGE/COURT COMMISSIONER
СУДЬЯ/МИРОВОЙ СУДЬЯ

-----PROOF OF SERVICE-----
-----СВИДЕТЕЛЬСТВО О ВРУЧЕНИИ-----

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*).

Я заявляю, что мне 18 или больше лет. В период подачи данного ходатайства я был(а) и являюсь назначенным специалистом по реагированию на кризисные состояния, должным образом назначенным [-] округом (укажите название округа) или

*[-] Управлением здравоохранения по согласованию с _____ (укажите название племени) _____ . (Дата),
20____, в (время) _____ в (место) _____*

*в округе (указать название округа),
штата Вашингтон, я*

лично вручил(а) ответчику следующее: Ходатайство о первоначальном заключении под стражу (неэкстренное); Приказ о явке; и Уведомление о правах. Копии документов были также [-] вручены [-] отправлены по почте опекуну/попечителю (если применимо).

[] 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*).

Копии также были вручены (укажите имя) _____, сотруднику исправительного учреждения или тюрьмы, в которой содержится ответчик (если применимо).

[] 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.

Копии также были вручены (название племени и индейского медицинского учреждения) _____ вместе с любыми постановлениями, выданными судом, данному лицу и его опекуну, поскольку я знаю или имею основания знать, что ответчик является американским индейцем или коренным жителем Аляски, который получает медицинские или психиатрические услуги от племени на территории этого штата.

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

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Вашингтон, что вышеизложенная информация является правдивой и точной.

Signed at _____
Подписано в _____

Date: _____
Дата: _____

City
Город

State
Штат

Sign here
Подпись

Print name
Имя и фамилия печатными буквами

***This form is optional**

*** Эта форма используется по желанию**

Superior Court of Washington, County of _____
Высший суд штата Вашингтон, округ _____

In re Detention of:

По вопросу заключения под стражу:

Respondent

DOB

Ответчик

Дата рождения

By:

Кем подано:

Petitioner

Податель заявления

Case No. _____

Дело № _____

DECLARATION OF WITNESS

ДЕКЛАРАЦИЯ СВИДЕТЕЛЯ

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

Я заявляю следующее, и я готов(а) свидетельствовать об этих фактах в ходе любого последующего судебного разбирательства: _____

(Add additional pages, if necessary)

(Приложите дополнительные листы в случае необходимости).

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

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Вашингтон, что вышеизложенная информация является правдивой и точной.

Signed at _____

Подписано в

City
Город

State
Штат

Date: _____

Дата:

Sign here

Подпись

Print name

Имя и фамилия печатными буквами

DEMOGRAPHIC INFORMATION (Optional)
ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ (по желанию)

Respondent _____ Date _____

Ответчик

Дата

1. Address _____ Phone _____

Адрес

Телефон

2. Date of Birth _____

Дата рождения

3. ☐ S ☐ M ☐ D ☐ W ☐ SEP/Spouse's name _____

Холост [-] замужем/женат [-] разведен(-а) [-] вдова (вдовец) [-] SEP/имя и фамилия супруга (-и)

4. Employment _____

Трудоустройство

5. Ethnicity: _____ 6. Primary Language: _____

Этническое происхождение:

Основной язык:

7. Tribal Affiliation: ☐ Yes ☐ No

Связь с племенем: [-] Да [-] Нет

If "Yes", then is the respondent served by an Indian healthcare provider? ☐ Yes ☐ No

Если «Да», то обслуживается ли ответчик в индейском медицинском учреждении? [-] Да [-] Нет

Tribe/Indian healthcare provider contact:

Контактные данные племени/индейского медицинского учреждения:

Agency: _____

Агентство:

Contact Person: _____

Контактное лицо:

Phone: _____

По телефону:

Tribal Notification: ☐ Yes ☐ No

Уведомление для племени: [-] Да [-] Нет

8. ☐ Nearest Relatives/Significant Others ☐ Legal guardian/conservator
Ближайшие родственники/значимые другие [-] Законный опекун/попечитель

Relationship <i>Степень родства</i>	Name <i>Имя и фамилия</i>	Address <i>Адрес</i>	Phone <i>Телефон</i>
--	------------------------------	-------------------------	-------------------------

9. Alcohol/Drug History/Treatment _____
История употребления алкоголя/наркотиков/лечение

10. Witness: Available for hearing: ☐ Yes ☐ No
Свидетель: Доступен для слушания: [-] Да [-] Нет

a. _____

Н:
Дом.:
W:

Relationship <i>Степень родства</i>	Name <i>Имя и фамилия</i>	Phone <i>Телефон</i>
--	------------------------------	-------------------------

b. _____

НН:
Дом.:
W:

Relationship <i>Степень родства</i>	Name <i>Имя и фамилия</i>	Phone <i>Телефон</i>
--	------------------------------	-------------------------

11. Mental Health Provider information: ☐ Registered ☐ Terminated ☐ No Record or Unknown ☐ Enrolled: Provider/PCP: _____
Информация о поставщике услуг психического здоровья: [-] Зарегистрирован [-] Прекращен [-] Нет записи или неизвестно [-] Зачислен: Поставщик услуг/Поставщик первичных медицинских услуг (PCP):

12. Other agencies involved with Respondent:
Другие учреждения, работающие с ответчиком:

Agency <i>Агентство</i>	Contact Person <i>Контактное лицо</i>	Phone <i>Телефон</i>
----------------------------	--	-------------------------

13. BH-ASO of Residence: _____ /DCR:
Организация по защите психического здоровья и оказанию административных услуг BH-ASO по месту жительства: _____ /DCR:

Completed by: _____ /
Кем заполнено:

Petitioner <i>Податель заявления</i>	/ <i>Имя и фамилия печатными буквами</i>	Print Name
---	---	------------