Superior Court of Washingto 위싱턴 상급 법원, 카운티	on, County of
In re Detention of: 구금에 대한 건:	Case No 사건 번호
Respondent DOB 괴청원인 생년월일	Petition for Initial Detention (Emergency) 최초 구금 청원(응급)
By: 서명인: Petitioner 청원인	Adult: 성인: [] Mental Disorder (PIDEAM) 정신장에 (PIDEAM) [] Substance Use Disorder (PIDEAS) 물질이용장에 (PIDEAS) [] Co-occurring Disorders (PIDEAC) 동시 발생 장에 (PIDEAC)
	Adolescent: 청소년: [] Mental Disorder (PIDEM) 정신장에 (PIDEM) [] Substance Use Disorder (PIDEMS) 물질이용장에 (PIDEMS) [] Co-occurring Disorders (PIDEMC) 동시 발생 장에 (PIDEMC) Clerk's Action Required 서기의 조치가 필요함
I am a designated crisis responder (DCR) from Coun	n [ ] (insert name of county) ty or [ ] Health Care Authority in consultation
'	thority)에서 정한 지정 위기 대응자(DCR)입니다
Respondent was brought to my attention u	nder the following circumstances:
RCW 71.05.153, .160, .195; Petitic RCW 71.34.710 KO (12/2024) Korean	on for Initial Detention (Emergency) p. <b>1</b> of <b>12</b>

KO (12/2024) Korean MP 302

본인은 다음 상황에서 피청원인을 알게 되었습니다:
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: 본인의 개인적 관찰 및/또는 믿을 수 있는 사람 및/또는 조사를 통해 얻은 정보, 및/또는 피청원인과의 인터뷰를 토대로 피청원인이 행동건강장에를 겪고 있다는 결론을 내리게 만든 사실은 다음과 같습니다:
Facts that led me to conclude that the respondent presents an imminent likelihood of serious harm and/or is in imminent danger because they are gravely disabled are as follows:
피청원인이 금방이라도 심각한 피해를 일으킬 가능성 및/또는 심각한 장애로 인해 금방이라도 위험을 초래할 가능성이 있다고 결론을 내리게 만든 사실:

has failed to accept appropriate treatment voluntarily as evidenced by: 피청원인은 행동건강 치료가 적합하다는 조언을 받았습니다. <b>피청원인은 다음 증거와 같이</b>
detoxification services, is clinically appropriate, necessary, and in the best interest of the respondent or others because: 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 treatment voluntarily as evidenced by: 피청원인은 행동건강 치료가 적합하다는 조언을 받았습니다. <b>피청원인은 다음 증거와 같이</b>
The respondent was advised that behavioral health treatment was appropriate. Respondent has failed to accept appropriate treatment voluntarily as evidenced by: 피청원인은 행동건강 치료가 적합하다는 조언을 받았습니다. 피청원인은 다음 증거와 같이
has failed to accept appropriate treatment voluntarily as evidenced by: 피청원인은 행동건강 치료가 적합하다는 조언을 받았습니다. <b>피청원인은 다음 증거와 같이</b>
has failed to accept appropriate treatment voluntarily as evidenced by: 피청원인은 행동건강 치료가 적합하다는 조언을 받았습니다. <b>피청원인은 다음 증거와 같이</b>
has failed to accept appropriate treatment voluntarily as evidenced by: 피청원인은 행동건강 치료가 적합하다는 조언을 받았습니다. <b>피청원인은 다음 증거와 같이</b>
자발적으로 적절한 치료를 수락하지 않았습니다:
Respondent is currently being held in emergency custody at (insert facility's name and address):

피청원인은 현재 (시설 이름 및 주소 삽입)에서 응급 구금 중입니다:

Therefore, the petitioner requests that the court order the respondent to an evaluation and treatment period not to extend beyond 120 hours. 따라서 청원인은 법원에서 피청원인에게 120시간 이하의 평가 및 치료 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 \_ Date: 서명일: 서명장소 City State 주 Time: 시간: 오전/오후 Sign here Print Name 여기에 서명 이름(정자체)

Superior Court of Washing 위싱턴 상급 법원, 카운티	gton, County of
In re Detention of: 구금에 대한 건:	Case No 사건 번호
Respondent DOB 피청원인 생년월일	_ NOTICE OF RIGHTS 권리 통지
By: 서명인:	
Petitioner 청원인	

You are hereby given notice that you have the following rights: 귀하에게 다음 권리가 있음을 통지합니다:

1. To communicate with an attorney immediately, the right to have an attorney represent you before and at any court hearing, 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*)

변호사와 즉시 소통할 권리, 법원 심리 이전에 그리고 법원 심리일에 본인을 대변할 변호사를 둘 권리, 변호사를 둘 수 없는 경우 변호사를 지정받을 권리, 해당 변호사의 이름과 주소를 알 권리. 귀하는 귀하께서 선택하신 변호사 또는 변호사를 대신하여 (국선변호인 이름, 주소, 전화번호 삽입)에게 연락을 할 권리가 있습니다

you. will be appointed to represent

은(는)귀하를 변호하도록

지정됩니다.

- 2. To remain silent as any statement you make may be used against you. 본인에게 불리할 수 있는 증언을 하지 않고 침묵을 유지할 권리.
- 3. To present evidence and to cross-examine witnesses who may testify about you at any probable cause hearing.

  정당 사유 심리에서 증거를 제시하고 귀하에 대해 증언하는 증인을 반대신문할 권리.
- 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. 귀하는 앞으로 120시간 이내에(토요일, 일요일 및 공휴일 제외) 법원에서 심리를 실시하여 최대 14일간 추가로 정신건강 입원 치료를 받을 상당한 이유가 있는지 또는

정신장애로 인해 본인/타인에 심각한 피해를 입힐 가능성이 있거나 기능이 크게 저하되어 90일간 외래 치료를 받을 상당한 이유가 있는지 결정을 받을 권리가 있습니다.

- 5. To apply for voluntary admission for treatment of a behavioral health disorder. 자발적 행동건강장에 치료 입원을 신청할 권리.
- 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 24시간 이내에 귀하는 의사 및 정신건강 전문가(또는 물질이용장에 평가 및 치료로 구급된 경우 약물이용장에 전문가)의 검사 및 평가를 받게 되며 귀하의 구급 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 24시간 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/Respondent's Attorney 피청원인/피청원인의 변호인	- Print Name 이름(정자체 기입)	
Dated:		
Reviewed and/or read by: 검토 및/또는 확인:		
Legal Guardian or Conservator 법적 후견인 또는 관리원	Print Name 이름 (정자체 기입)	
Dated:		
Served by:		

RCW 71.05.153, .160, .195; RCW 71.34.710 KO (12/2024) Korean **MP 302** 

송달:

Petition for Initial Detention (Emergency) p. 6 of 12

Designated Crisis Respond 지정 위기 대응자	er	Print Name 이름 (정자체 기입)
Dated:	, 20 , 20	

Superior Court of Washingto 위싱턴 상급 법원, 카운티	n, County of
In re Detention of: 구금에 대한 건:	Case No 사건 번호
Respondent DOB 피청원인 생년월일	PROOF OF SERVICE 송달 증명
By: 서명인:	
Petitioner 청원인	
name of the county) in consultation with (insert name of tribe)	ring the timing of this petition being sought and bonder duly designated by the [ ] County (insert or [ ] Health Care Authority
<i>이름 삽입</i> )	또는 [-] 보건국(Health Care 정식으로 지정한 지정 위기 대응자였으며 현재도
On, 20, at (time) in (insert name of county)	at (location)
in ( <i>insert name of county</i> ) I personally served the respondent with the: <i>Pe Notice of Rights</i> . Copies of the documents were Guardian/Conservator ( <i>if applicable</i> ).	tition for Initial Detention (Emergency) and
20 (날짜) (시간)에 (카운티 이름 삽입) 피청원인에게 직접 다음을 송달했습니다. 최초 사본은 또한 후견인/관리원에게 [-] 송달 [-] 송부	· · · ·
[ ] Copies were also served on the Department currently confined to a state correctional facility Department of Corrections in the community.	of Corrections because the respondent is either OR they are subject to the supervision of the
·	n for Initial Detention (Emergency) p. <b>8</b> of <b>12</b>

때문에 사본은 그	고정부(Departme	ent of Correction	ns)에도 송달했습니다.
[ ] Copies were	also served on	the <i>(name of trik</i>	be and Indian health care provider), together with any orders issued by
that the respond health services t 본인은 피청 또는 알래스카 설	lent is an Americ from a tribe with 원인이 이 주의 년 원주민임을 알고	can Indian or Ala in this state. 부족에서 의료 또 있거나 알아야	ardian because I know or have reason to know aska Native who receives medical or behavioral 는 행동건강 서비스를 받는 아메리칸 인디언할 사유가 있으므로 사본은 법원에서 해당 개인
및 개인의 후견 (	인에게 발급한 다	는 명령과 함께	(부족 및 인디언 건강관리 제공자 이름) 에게도 송달했습니다.
true and correct	•	•	s of the State of Washington that the foregoing is 다는 조건 하에 위 내용이 사실이고 정확함을
Signed at 서명장소			 Date: 서명일:
77 0 8 1	City ৴]	State 주	ਾ ਰ ਦ
Sign here 여기에 서명			Print Name 이름(정자체)

피청워인이 현재 주 교정시설에 구금되어 있거나 커뮤니티 내에서 교정부의 감독을 받고 있기

In re Detention of: 구금에 대한 건:		Case No 사건 번호
Respondent 괴청원인 By: 서명인:	DOB 생년월일	DECLARATION OF WITNESS 중인 선언
Petitioner 청원인		
		I
roceedings:	_	estify to these facts in any subsequent judicia 라에서 이 사실들을 증언하고자 합니다:
proceedings:	_	
proceedings:	_	
proceedings:	_	

RCW 71.05.153, .160, .195; RCW 71.34.710 KO (12/2024) Korean **MP 302** 

(필요할 경우 페이지 추가)

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

본인은 워싱턴주 법에 따라 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 위 내용이 사실이고 정확함을 선언합니다. Signed at Date: 서명일: 서명장소 City State ぞ *ス*] Sign here Print Name 여기에 서명 이름(정자체) DEMOGRAPHIC INFORMATION (Optional) 인구통계 정보 (선택) Respondent \_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ 날짜 피청워인 Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ 1. 주소 전화 2. Date of Birth \_\_\_\_\_ 생년월일 [ ] S [ ] M [ ] D [ ] W [ ] SEP/Spouse's name \_\_\_\_\_ 3. S [-] M [-] D [-] W [-] SEP/배우자 이름 Employment\_\_\_\_\_ 4. 고용 Ethnicity: \_\_\_\_\_ 6. Primary Language: \_\_\_\_\_ 5. 주 언어: 인종: Tribal Affiliation: [ ] Yes [ ] No 7. 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: 정화: RCW 71.05.153, .160, .195; Petition for Initial Detention

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

RCW 71.34.710 KO (12/2024) Korean MP 302

true and correct.

(Emergency) p. 11 of 12

부족 통지: [-] 예 [-] 아니요 [ ] Nearest relatives/significant others [ ] Legal guardian/conservator 8. 가까운 친척/배우자[-] 법적 후견인/관리원 Relationship Address Phone Name 관계 이름 주소 전화 Alcohol/Drug History/Treatment \_\_\_\_\_ 9. 알코올/약물 이력/치료 10. Witness: Available for hearing: [ ] Yes [ ] No 증인: 심리 참석 가능 여부: [-] 예 [-] 아니요 H: H: W: W: Relationship Name Phone 관계 이류 전화 H: H: W: W· Relationship Name Phone 관계 이름 정화 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: 피청워인과 관련된 기타 기관: Contact Person Phone Agency 기관 담당자 전화 13. BH-ASO of Residence: /DCR:

Tribal Notification: [ ] Yes [ ] No

주거 BH-ASO:

Completed by:

Petitioner

청원인

작성:

/DCR:

이름(정자체 기입)

Print Name