

**Superior Court of Washington, County of \_\_\_\_\_**  
**워싱턴 상급 법원, 카운티**

**In re Detention of:**  
**구금에 대한 전:**

Respondent	DOB
피청원인	생년월일

By:  
서명인:

Petitioner  
청원인

Case No. \_\_\_\_\_  
사건 번호

**Petition for Initial Detention  
(Emergency)**  
최초 구금 청원(응급)

**Adult:**  
성인:

**[ ] Mental Disorder (PIDEAM)**  
**정신장애 (PIDEAM)**

**[ ] Substance Use Disorder (PIDEAS)**  
**물질이용장애 (PIDEAS)**

**[ ] Co-occurring Disorders (PIDEAC)**  
**동시 발생 장애 (PIDEAC)**

**Adolescent:**  
청소년:

**[ ] Mental Disorder (PIDEM)**  
**정신장애 (PIDEM)**

**[ ] Substance Use Disorder (PIDEMS)**  
**물질이용장애 (PIDEMS)**

**[ ] Co-occurring Disorders (PIDEMC)**  
**동시 발생 장애 (PIDEMC)**

**Clerk's Action Required**  
**서기의 조치가 필요함**

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

본인은 (부족 이름 삽입)와(과) 협의하는 [-]

카운티 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:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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 행동건강장애를 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:

---

---

---

---

---

---

---

---

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

피청원인은 행동건강 치료가 적합하다는 조언을 받았습니다. 피청원인은 다음 증거와 같이 자발적으로 적절한 치료를 수락하지 않았습니다:

피청원인은 현재 (시설 이름 및 주소 삽입)에서 응급 구급 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 \_\_\_\_\_

서명장소

City  
시

State  
주

Date: \_\_\_\_\_

서명일:

Time: \_\_\_\_\_ AM/PM

시간:

오전/오후

---

Sign here  
여기에 서명

---

Print Name  
이름(정자체)



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 행동건강장애 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 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 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: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

날짜: \_\_\_\_\_, 20

**Reviewed and/or read by:**

검토 및/또는 확인:

---

**Legal Guardian or Conservator**

법적 후견인 또는 관리원

---

**Print Name**

이름(정자체 기입)

Dated: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

날짜: \_\_\_\_\_, 20

**Served by:**

송달:

---

*Designated Crisis Responder*

지정 위기 대응자

---

*Print Name*

이름 (정자체 기입)

Dated: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

날짜: \_\_\_\_\_, 20

Superior Court of Washington, County of \_\_\_\_\_  
워싱턴 상급 법원, 카운티

In re Detention of:  
구금에 대한 건:

Case No. \_\_\_\_\_  
사건 번호

Respondent DOB  
피청원인 생년월일

PROOF OF SERVICE  
송달 증명

By:  
서명인:

Petitioner  
청원인

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 the county*) \_\_\_\_\_ or [ ] Health Care Authority in consultation with (*insert name of tribe*) \_\_\_\_\_.

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.

On \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, at (time) \_\_\_\_\_ at (location) \_\_\_\_\_ in (*insert name of county*) \_\_\_\_\_ County, Washington, I personally served the respondent with the: *Petition for Initial Detention (Emergency)* and *Notice of Rights*. Copies of the documents were also [ ] served [ ] mailed to the Guardian/Conservator (*if applicable*).

20\_\_\_\_ (날짜) (시간)에 \_\_\_\_\_, 워싱턴주 (카운티 이름 삽입) 카운티 (장소)에서 본인은 피청원인에게 직접 다음을 송달했습니다. 최초 구금 (응급) 청원 및 권리 통지. 해당 문서들의 사본은 또한 후견인/관리원에게 [-] 송달 [-] 송부했습니다(해당하는 경우).

[ ] Copies were also served on the Department of Corrections because the respondent is either currently confined to a state correctional facility OR they are subject to the supervision of the Department of Corrections in the community.



피청원인이 현재 주 교정시설에 구금되어 있거나 커뮤니티 내에서 교정부의 감독을 받고 있기 때문에 사본은 교정부(Department of Corrections)에도 송달했습니다.

[ ] 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  
시

State  
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:

**Case No.** \_\_\_\_\_  
사건 번호

Respondent \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_  
피청원인 \_\_\_\_\_ 생년월일

**DECLARATION OF WITNESS**  
증인 선언

By: \_\_\_\_\_  
서명인:

Petitioner \_\_\_\_\_  
청원인

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:

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

b. \_\_\_\_\_

H:  
H:  
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 Print Name  
청원인 이름(정자체 기입)