

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 № _____

Petition for Initial Detention
(Emergency)
**Ходатайство о первоначальном
заключении под стражу —
(экстренный случай)**

Adult:

Взрослый:

☐ Mental Disorder (PIDEAM)

**Психическое расстройство
(PIDEAM)**

☐ Substance Use Disorder (PIDEAS)

**Расстройство, связанное с
употреблением психоактивных
веществ (PIDEAS)**

☐ Co-occurring Disorders (PIDEAC)

**Сопутствующие расстройства
(PIDEAC)**

Adolescent:

Подросток:

☐ Mental Disorder (PIDEM)

Психическое расстройство (PIDEM)

☐ Substance Use Disorder (PIDEMS)

**Расстройство, связанное с
употреблением психоактивных
веществ (PIDEMS)**

☐ Co-occurring Disorders (PIDEMC)

**Сопутствующие расстройства
(PIDEMC)**

Clerk's Action Required

Необходимо действие секретаря

суда

I am a designated crisis responder (DCR) from [] (insert name of county)
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 an imminent likelihood of serious harm and/or is in imminent danger because they are gravely disabled are as follows:

Факты, которые позволили мне сделать вывод о том, что ответчик представляет непосредственную угрозу причинения серьезного вреда и/или находится в непосредственной опасности, так как 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 treatment voluntarily as evidenced by:

Ответчику было рекомендовано лечение поведенческого расстройства. Ответчик отказался или не смог добровольно принять соответствующее лечение, о чем свидетельствует:

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

In re Detention of:

По вопросу заключения под
стражу:

Case No. _____

Дело № _____

NOTICE OF RIGHTS

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВАХ

Respondent _____ DOB _____
Ответчик _____ Дата рождения _____

By:
Кем подано:

Petitioner _____
Податель заявления _____

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

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

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*)

Право на немедленное общение с адвокатом, право на то, чтобы адвокат представлял вас до и на любом судебном заседании, 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 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/Respondent's Attorney
Ответчик/адвокат ответчика

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

Print Name
Имя и фамилия печатными буквами

Dated: _____, 20____.
Дата: _____, 20

Served by:
Кем вручено:

Designated Crisis Responder

Print Name

Назначенный специалист по реагированию на кризисные состояния *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 № _____

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

Я заявляю, что мне 18 или больше лет. В период подачи данного ходатайства я был 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).

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*).

В следующую дату: _____ 20____, в (время) _____ в (место) _____ в округе (указать название округа),

штата Вашингтон, я лично вручил ответчику следующее: Ходатайство о первоначальном заключении под стражу (экстренный случай) и Уведомление о правах. Копии документов были также [-] вручены [-] отправлены по почте опекуну/попечителю (если применимо).

[] 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.

Копии также были вручены Департаменту исправительных учреждений, поскольку ответчик в настоящее время содержится в исправительном учреждении штата, либо находится под надзором Департамента исправительных учреждений на свободе.

[] 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

City

Город

State

Штат

Date: _____

Дата:

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:

Case No. _____

Дело № _____

Respondent

DOB

Ответчик

Дата рождения

DECLARATION OF WITNESS

ДЕКЛАРАЦИЯ СВИДЕТЕЛЯ

By:

Кем подано:

Petitioner

Податель заявления

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 Степень родства	Name Имя и фамилия	Address Адрес	Phone Телефон
---------------------------------	-----------------------	------------------	------------------

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

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

a. _____
H: _____
Дом.: _____
W: _____

Relationship Степень родства	Name Имя и фамилия	Phone Телефон
---------------------------------	-----------------------	------------------

b. _____
H: _____
Дом.: _____
W: _____

Relationship Степень родства	Name Имя и фамилия	Phone Телефон
---------------------------------	-----------------------	------------------

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 Агентство	Contact Person Контактное лицо	Phone Телефон
---------------------	-----------------------------------	------------------

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
Податель заявления

Print Name
Имя и фамилия печатными буквами