

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

In re Detention of: 구금에 대한 건:	Case No. _____ 사건 번호
Respondent 피청원인	Petition for Involuntary Treatment or Less Restrictive Alternative Treatment 비자발적 치료 또는 덜 제한적인 대안 치료 청원
DOB 생년월일	Clerk Action Required 서기의 조치가 필요함

Select only one: 하나를 선택하십시오:	Mental Disorder 정신장애	Substance Use Disorder 물질이용 장애	Mental & Substance Use Disorders (Combined) 정신건강 및 물질이용 장애 (결합)
14-day commitment 14 일 구금	<input type="checkbox"/> (PITM14) <input type="checkbox"/> (PITM14)	<input type="checkbox"/> (PITM14S) <input type="checkbox"/> (PITM14S)	<input type="checkbox"/> (PITM14C) <input type="checkbox"/> (PITM14C)
90-day commitment 90 일 구금 (Adult only) (성인만)	<input type="checkbox"/> (PITM90) <input type="checkbox"/> (PITM90)	<input type="checkbox"/> (PITM90S) <input type="checkbox"/> (PITM90S)	<input type="checkbox"/> (PITM90C) <input type="checkbox"/> (PITM90C)
90-day LRA 90 일 LRA (Adult only) (성인만)	<input type="checkbox"/> (PITL90) <input type="checkbox"/> (PITL90)	<input type="checkbox"/> (PITL90S) <input type="checkbox"/> (PITL90S)	<input type="checkbox"/> (PITL90C) <input type="checkbox"/> (PITL90C)

1. Petitioner's Name and Relationship to Respondent.

청원인의 이름 및 피청원인과의 관계.

I, (name of petitioner) _____, am filing this petition to ask the court to order that respondent be committed for involuntary treatment.

본인(청원인 이름)은

본 청원을 제출하여 법원에

피청원인의 비자발적 치료 명령을 요청합니다.

I am (choose only one):

본인은 다음에 해당합니다(하나를 선택하십시오):

[] A professional staff member of the facility providing evaluation services to the respondent.

피청원인에게 평가 서비스를 제공하는 시설의 전문 직원.

[] The designated crisis responder (DCR) who filed the *Petition for Initial Detention*.

최초 구금 청원을 제출한 지정 위기 대응자 (DCR).

My contact information is:

본인의 연락처 정보는 다음과 같습니다.

Agency/Hospital: _____

기관/병원:

Phone number: _____

전화번호:

Email: _____

이메일:

2. Respondent's Diagnosis. Respondent suffers from the following behavioral health disorder/s (select all that apply):

피청원인 진단. 피청원인은 다음 행동건강장애를 겪고 있습니다(해당하는 항목을 모두 선택):

[] Mental disorder/s: _____

정신장애:

[] Substance use disorder/s: _____

물질이용장애:

[] Co-occurring disorders: _____

동시 발생 장애:

3. Reason for Seeking Treatment.

치료를 받고자 하는 이유.

[] Respondent's condition is caused by a behavioral health disorder, resulting in a likelihood of serious harm:

피청원인의 상태는 행동건강장애로 인해 발생하여 심각한 피해 가능성이 있습니다.

[] There is a substantial risk that respondent will inflict physical harm upon themselves, as evidence by threats or attempts to commit suicide or inflict physical harm to themselves (provide a statement with specific examples):

자살 위협이나 시도, 자해 증거에 따라 피청원인이 본인에게 신체적 피해를 입힐 상당한 위험이 있습니다(구체적인 예시를 포함한 진술 제공):

(Attach additional pages, if necessary).

(필요할 경우 페이지 추가).

- [] There is a substantial risk that respondent will inflict physical harm another person, as evidenced by behavior which has caused such harm or which places another person or persons in reasonable fear of sustaining such harm (*provide a statement with specific examples*):

피청원인이 다른 사람에게 피해를 입힌 행동 증거에 따라 타인에게 신체적 피해를 가하거나 신체적 피해에 대한 합당한 공포감을 줄 상당한 위험이 있습니다(구체적인 예시를 포함한 진술 제공):

(Attach additional pages, if necessary).

(필요할 경우 페이지 추가).

- [] There is a substantial risk that respondent will inflict physical harm to the property of others, as evidenced by behavior which has caused substantial loss or damage to the property of others (*provide a statement with specific examples*):

타인의 재산 손실이나 피해를 유발한 행동 증거에 따라 피청원인이 타인의 재산에 물리적 피해를 입힐 상당한 위험이 있습니다(구체적인 예시를 포함한 진술 제공):

OR

또는

- [] The respondent has threatened the physical safety of another and has a history of one or more violent acts occurring within 10 years prior to the filing of the petition, excluding any time spent, but not any violent acts committed, in a behavioral health facility, or in confinement as a result of a criminal conviction (*provide a statement with specific examples*):

피청원인은 타인의 신체적 안전을 위협했으며, 행동건강시설에서 보낸 기간 또는 수감 기간을 제외하고 청원 제출일 전 10년 이내에 한 건 이상의 폭력 행위를 저지른 이력이 있습니다(구체적인 예시를 포함한 진술 제공):

(Attach additional pages, if necessary).
(필요할 경우 페이지 추가).

[] Respondent's condition is caused by a behavioral health disorder, resulting in the respondent being gravely disabled, and as a result of the disorder the respondent:

피청원인의 상태는 행동건강장애로 인해 발생했으며 이로 인해 피청원인은 심각한 장애가 발생했으며 피청원인의 장애로 인해 다음이 발생합니다.

[] is in danger of serious physical harm resulting from the failure to provide for their essential needs of health or safety (provide a statement with specific examples):

은(는) 건강 또는 안전을 위한 필수 요구를 충족하지 못함으로써 심각한 신체적 위험에 처했습니다(구체적인 증거를 포함한 진술 제공):

(Attach additional pages, if necessary).
(필요할 경우 페이지 추가).

[] manifests severe deterioration in routine functioning, evidenced by repeated and escalating loss of cognitive or volitional control over their actions, and is not receiving such care as is essential for their health and safety (provide a statement with specific examples):

은(는) 행동에 대한 인지 또는 의지 통제력의 반복적이고 더 심각해지는 상실을 통해 증명된 바와 같이 일상적인 기능에서 심각한 악화를 보이고 있으며 건강과 안전을 위해 필수적인 돌봄을 받지 않고 있습니다(구체적인 증거를 포함한 진술 제공):

(Attach additional pages, if necessary).
(필요할 경우 페이지 추가).

[] Less Restrictive Alternative Treatment IS in the best interest of the respondent or

others because:

덜 제한적인 대안 치료는 피청원인 또는 타인의 최선의 이익에 부합하며 그 이유는 다음과 같습니다.

[] **Less Restrictive Alternative Treatment IS NOT** in the best interest of the respondent or others because the respondent requires intensive, supervised 24-hour care, or diligent efforts have not disclosed the availability of a sustainable less restrictive alternative placement.

덜 제한적인 대안 치료는 피청원인 또는 타인의 최선의 이익에 부합하지 않으며 그 이유는 피청원인에게 24 시간 집중 관리 돌봄이 필요하거나 지속적으로 덜 제한적인 대안 치료 이용 가능 여부가 확인되지 않았기 때문입니다.

4. **Voluntary Treatment.** At the time of this petition, the respondent was advised of the need for voluntary treatment and the petitioner has evidence that the respondent has failed to accept available treatment in good faith.

자발적 치료. 본 청원 당시 피청원인은 자발적 치료 필요성을 조언받았으며 청원인은 피청원인이 선의로 제공된 치료를 수락하지 않았다는 증거를 갖고 있습니다.

5. **Firearm Notice.** I advised the respondent that they would lose their firearm rights if involuntarily committed.

화기 통지. 본인은 피청원인에게 비자발적 구금 시 화기 권리를 상실할 것임을 안내했습니다.

6. **Treatment Information. (Check only if petitioning for a 90-day LRA).** Provide information for the agency, provider, or facility that agrees to provide less restrictive alternative treatment if the petition is granted.

치료 정보. (90일 LRA 청원 시에만 체크). 청원 승인 시 덜 제한적인 대안 치료를 제공할 것에 동의하는 기관, 제공자 또는 시설에 대한 정보를 제공하십시오.

Name of Agency, Provider, or Facility:

기관, 제공자 또는 시설 이름:

Address:

주소:

Phone number:

전화번호:

Email (if available):

이메일(이용 가능한 경우):

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:

Sign here
여기 서명하십시오

Print Name and Title
정자체 이름 및 직함

I examined the respondent and have reviewed this petition. I declare under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the foregoing is true and correct.

본인은 피청원인을 조사하고 본 청원을 검토했습니다. 본인은 워싱턴주 법에 따라 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 위 내용이 사실이고 정확함을 선언합니다.

Signed at _____
서명장소

City
시

State
주

Date: _____
서명일:

Sign here
여기 서명하십시오

Print Name and Title
정자체 이름 및 직함

(If the petition is for substance use disorder treatment, the petition may be signed by a substance use disorder professional and an advanced registered RNP).

(청원이 물질이용장애 치료 청원인 경우, 물질이용장애 전문가 및 고급 등록 RNP가 서명할 수 있습니다).

I am a (choose from the following):
본인은 다음에 해당합니다(다음 중 선택):

[] Physician
의사

[] Physician Assistant
보조 의사

[] Psychiatric Advanced RN Practitioner
정신과 고급 임상 RN

I examined the respondent and have reviewed this petition. I declare under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the foregoing is true and correct.

본인은 피청원인을 조사하고 본 청원을 검토했습니다. 본인은 워싱턴주 법에 따라 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 위 내용이 사실이고 정확함을 선언합니다.

Signed at _____
서명장소

City
시

State
주

Date: _____
서명일:

Sign here
여기 서명하십시오

Print Name and Title
정자체 이름 및 직함

I am a (*choose from the following*):
본인은 다음에 해당합니다(다음 중 선택):

[] Physician
의사

[] Physician Assistant
보조 의사

[] Psychiatric Advanced RNP or Advanced RNP
정신과 고급 RNP 또는 고급 RNP

[] Mental health professional or substance use disorder professional
정신건강 전문가 또는 물질이용장애 전문가