

В ОКРУЖНОМ СУДЕ ШТАТА ОРЕГОН

В _____ ОКРУГЕ

УВЕДОМЛЕНИЕ ОТ ДВУХ
ЛИЦ О ПСИХИЧЕСКОМ
ЗАБОЛЕВАНИИ В
СООТВЕТСТВИИ С 426.070
СВОДА ЗАКОНОВ ORS

СУДЬЕ ОКРУЖНОГО СУДА:

Нижеподписавшиеся, каждый приведён должным образом к присяге, заявляют, что

_____, родившийся(-аялся) _____, проживающий(-ая) в _____, является лицом с психическим заболеванием и нуждается в лечении, уходе или опеке, поскольку (примеры действий, заявлений, поступков и т.д.):

(Подпись)

(Подпись)

(Имя, фамилия печатными буквами/кем приходится) (Имя, фамилия печатными буквами/кем приходится)

(Адрес)

(Адрес)

(Город)

(Город)

(Номер телефона)

(Номер телефона)

Подписано под присягой в моём присутствии в этот день, 20 года.

Нотариус штата Орегон

Срок действия моих полномочий истекает

(печать)

Оригинал: Окружной суд
Копия: Директор программы СМНР

Подайте этот документ директору программы СМНР в своём округе. Этот документ должен быть заверен нотариусом. При получении этого документа вы также должны заполнить и приложить к нему формуляр СС09А. Обновлено 21 августа 2024 года

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА ОРЕГОН

Отдел поведенческого здоровья

История рассмотрения двухсторонней петиции

Эта информация будет передана следователю, суду, адвокату лица и в лечебное учреждение.

A. ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦЕ

Имя, фамилия: _____

Дата рождения: _____ Телефон: _____ Пол: Ж М Х

Адрес проживания: _____

Текущее местонахождение, если отличается (учреждение, без определенного места жительства, тюрьма и т.д.): _____

Адрес местонахождения в настоящее время: _____

B. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О КОНТАКТНОМ ЛИЦЕ

Имя, фамилия: _____ Кем приходится: _____

Адрес эл. почты: _____ Телефон: _____

C. ПОЛЕЗНАЯ БИОГРАФИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Семейное положение: Не состоит в браке Состоит в браке Проживает отдельно
 В разводе Вдовец/вдова Проживает с партнером

Доход: Программа VA Пособие SSB Пособие SSI Пособие SSDI
 Оплачиваемая работа Пособие по программе SNAP Алименты на содержание ребенка

Программа Medicaid: Да Нет **Программа Medicare:** Да Нет

Частное страхование: Да Нет

Полученный уровень образования: Среднее Незаконченное высшее
 2-годичный колледж 4-годичный колледж Высшее Отсутствует

Трудоустроен(-а): Да Нет **Профессия в настоящее время или в прошлом:** _____

Бывший военнослужащий: Да Нет **Религиозные предпочтения:** _____ **Язык:** _____

D. СУЩЕСТВУЮЩАЯ ПРОБЛЕМА

Что вы наблюдали воочию, что заставляет вас считать, что у этого лица имеется психическое расстройство и оно представляет опасность для себя и окружающих или не способно обеспечить свои основные потребности?

Выберите любую из следующих характеристик или моделей поведения, которые в настоящее время характеризуют это лицо.

Приковано к постели	Напряженное	Боязливое	Взволнованное
Возбужденное	Жестокое	Неопрятное	Депрессивное
Разрушительное	Суицидальное	Апатичное	Бездейственное
Враждебное	Недоверчивое	Склонное к убийству	Изолированное
Путаное, бессвязное, дезорганизованное мышление или речь			
Видит, слышит, чувствует запах или ощущает вещи, которые не существуют			
Необоснованные убеждения или мысли о преследовании			

Примечание: Эта история болезни должна быть приложена к бланку петиции, подаваемой в программу СМНР двумя лицами. Укажите как можно больше информации и подайте, пустя и не в неполном виде.

Предоставьте больше информации по выбранным темам (Что это лицо видит или слышит, чего не видите и не слышите вы? Укажите пример сбивчивой речи, опишите среду проживания и т. д.)

Когда вы впервые заметили, что эти характеристики и стереотипы поведения начали проявляться? Было ли их появление внезапным или постепенным?

Опишите любые недавние изменения, события, травмы и т. д., которые могли способствовать возникновению этих проблем.

Каким было это лицо до появления этих проблем? Было ли оно нестабильным или более приспособленным ранее?

E. МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Какие основные медицинские или душевные проблемы, по вашим сведениям, испытывает это лицо?

Медицинский работник:

Название клиники	Имя, фамилия поставщика услуг	Номер поставщика услуг
------------------	-------------------------------	------------------------

Психическое здоровье:

Название клиники	Имя, фамилия поставщика услуг	Номер поставщика услуг
------------------	-------------------------------	------------------------

Перечислите все лекарства, которые, как вам известно, назначены этому лицу в настоящее время. Укажите, принимает ли лицо эти лекарства или нет.

F. ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ И ТРУДНОСТИ

Да Нет **Употребляет ли это лицо психоактивные вещества регулярно или злоупотребляет ими? Если да, опишите:**

Да Нет **Имеются ли открытые уголовные или другие судебные дела, связанные с этим лицом? Если да, опишите:**

Да Нет **Нуждается ли это лицо, как правило, в непосредственной поддержке для удовлетворения своих основных потребностей? Если да, опишите:**

G. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫЕ ЛИЦА

Кто еще может располагать полезной информацией о текущем состоянии данного лица, его психическом расстройстве(-ах) и потребностях в лечении?

1 **Имя, фамилия:** _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

Кем приходится: _____

2 **Имя, фамилия:** _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

Кем приходится: _____

3 **Имя, фамилия:** _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

Кем приходится: _____