

TẠI TÒA ÁN LƯU ĐỘNG CỦA
TIỂU BANG OREGON
TRONG _____ QUẬN

Về Vấn đề _____)
)
)
)
)
)
 cá nhân được cho là mắc bệnh tâm thần)

THÔNG BÁO VỀ BỆNH TÂM
THẦN CỦA HAI NGƯỜI THEO
ORS 426.070

ĐẾN THẨM PHÁN CỦA TÒA ÁN LƯU ĐỘNG CẤP QUẬN:

Mỗi người ký tên dưới đây, tất cả đã được tuyên thệ đúng nghi thức, xin tuyên bố rằng
_____, sinh ngày _____, ngụ tại _____,
là người mắc bệnh tâm thần và cần được điều trị, chăm sóc hoặc giam giữ vì (ví dụ về những hành
động, phát biểu, hành vi, v.v.):

_____	_____
(Chữ ký)	(Chữ ký)
_____	_____
(Ghi Tên Chữ In hoa/Mối quan hệ)	(Ghi Tên Chữ In hoa/Mối quan hệ)
_____	_____
(Địa chỉ)	(Địa chỉ)
_____	_____
(Thành phố)	(Thành phố)
_____	_____
(Số điện thoại)	(Số điện thoại)

Đã ký và tuyên thệ trước mặt tôi vào _____ ngày _____, 20_____

Công chứng của Oregon

Nhiệm vụ của tôi hết hạn _____ (đóng dấu)

Bản gốc: Tòa án Lưu động Cấp Quận
Bản sao: Giám đốc CMHP

CƠ QUAN QUẢN LÝ Y TẾ OREGON
Bộ phận Sức khỏe Hành vi
Lịch sử vụ án đối với đơn thỉnh cầu của Hai-Bên

Thông tin này sẽ được chia sẻ với điều tra viên, tòa án, luật sư của cá nhân và cơ sở điều trị.

A. THÔNG TIN VỀ CÁ NHÂN

Tên: _____

Ngày sinh: _____ Điện thoại: _____ Giới tính: ☐ Nữ ☐ Nam ☐ X

Địa chỉ cư trú: _____

Địa điểm hiện tại, nếu khác (cơ sở, vô gia cư, nhà tù, v.v.): _____

Địa chỉ của địa điểm hiện tại: _____

B. THÔNG TIN BỔ SUNG VỀ NGƯỜI LIÊN HỆ

Tên: _____ Mối quan hệ: _____

Địa chỉ email: _____ Điện thoại: _____

C. NHỮNG THÔNG TIN BỐI CẢNH HỮU ÍCH

Tình trạng hôn nhân: ☐ Độc thân ☐ Đã kết hôn ☐ Đã ly thân ☐ Đã ly hôn ☐ Góa phụ ☐ Có bạn đời

Thu nhập: ☐ VA (Hội Cựu Chiến binh) ☐ SSB (Phúc lợi An sinh Xã hội)

☐ SSI (Thu nhập An sinh Bổ sung) ☐ SSDI (Bảo hiểm An sinh Xã hội Dành cho Người Khuyết tật)

☐ Việc làm có trả lương ☐ SNAP (Chương trình Trợ cấp Dinh dưỡng Bổ sung) ☐ Trợ cấp nuôi con

Medicaid: ☐ Có ☐ Không **Medicare:** ☐ Có ☐ Không **Bảo hiểm tư nhân:** ☐ Có ☐ Không

Trình độ học vấn đã đạt được: ☐ Trung học ☐ Đại học nhưng không tốt nghiệp

☐ Đại học 2 năm ☐ Đại học 4 năm ☐ Cao học ☐ Không có

Có việc làm: ☐ Có ☐ Không **Nghề nghiệp hiện tại hoặc trước đây:** _____

Cựu chiến binh: ☐ Có ☐ Không **Tôn giáo mong muốn:** _____ **Ngôn ngữ:** _____

D. TRÌNH BÀY VẤN ĐỀ

Quý vị đã tận mắt quan sát điều gì khiến quý vị tin rằng cá nhân này mắc chứng rối loạn tâm thần và gây nguy hiểm cho bản thân hoặc cho người khác, hoặc không có khả năng tự đáp ứng các nhu cầu cá nhân cơ bản?

Chọn bất kỳ đặc điểm hoặc hành vi nào sau đây mà cá nhân này đang có.

Nằm liệt giường Căng thẳng Sợ hãi Hào hứng Kích động Bạo lực

Không gọn gàng Trầm cảm Phá hoại Muốn tự tử Thờ ơ Vô cảm

Thù địch Khả nghi Muốn giết người Cách ly

Suy nghĩ hoặc phát ngôn lộn xộn, lan man, thiếu tổ chức

Nhìn thấy, nghe thấy, ngửi thấy hoặc cảm thấy những thứ không có thật

Niềm tin vô lý hoặc suy nghĩ về sự hành hạ

Lưu ý: Tiền sử bệnh án này phải được đính kèm vào đơn thỉnh cầu của hai bên (two-party petition) được trình lên CMHP bởi bất kỳ hai cá nhân nào. Điền càng nhiều càng tốt những thông tin có thể điền và trình nộp đơn ngay cả khi chưa hoàn thành.

Trình bày chi tiết về những lựa chọn trên của quý vị (những gì cá nhân đó nhìn thấy hoặc nghe thấy mà quý vị không thể? Cho ví dụ về những phát ngôn rối rắm, mô tả môi trường sống của họ, v.v.)

Lần đầu tiên quý vị quan sát thấy những đặc điểm và hành vi này bắt đầu từ khi nào? Sự khởi phát của chúng diễn ra đột ngột hay từng bước một?

Hãy mô tả bất kỳ thay đổi, sự kiện, chấn thương gần đây, v.v. mà có thể góp phần gây ra những vấn đề này.

Tình trạng cá nhân này như thế nào trước khi bất kỳ những lo ngại này xuất hiện? Trước đây họ vẫn không ổn định hay đã thích nghi tốt hơn?

E. CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ SỨC KHỎE THỂ CHẤT VÀ TINH THẦN HIỆN NAY

Quý vị biết cá nhân này đang gặp phải những vấn đề sức khỏe tâm thần hoặc y tế nghiêm trọng nào?

Bên cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe:

Tên phòng khám	Tên bác sĩ	Điện thoại
----------------	------------	------------

Sức khỏe tâm thần:

Tên phòng khám	Tên bác sĩ	Điện thoại
----------------	------------	------------

Liệt kê bất kỳ loại thuốc nào mà quý vị biết cá nhân này hiện đang được kê toa. Cho biết cá nhân này có đang dùng các thuốc đó hay không.

F. NHỮNG QUAN NGẠI HOẶC THÁCH THỨC KHÁC

☐ Có ☐ Không **Cá nhân này có thường xuyên sử dụng hoặc lạm dụng chất gây nghiện không? Nếu có, vui lòng mô tả:**

☐ Có ☐ Không **Có vụ án hình sự hoặc vụ án nào khác đang được xét xử liên quan đến cá nhân này không? Nếu có, vui lòng mô tả:**

☐ Có ☐ Không **Cá nhân này có thường cần được hỗ trợ trực tiếp để đáp ứng nhu cầu cơ bản của họ không? Nếu có, vui lòng mô tả:**

G. NHỮNG NGƯỜI QUAN TÂM KHÁC

Những ai khác có thể có thông tin hữu ích về tình trạng hiện tại, (các) tình trạng sức khỏe tâm thần, và nhu cầu điều trị của họ?

1	Tên: _____ Email: _____	Điện thoại: _____ Mối quan hệ: _____
2	Tên: _____ Email: _____	Điện thoại: _____ Mối quan hệ: _____
3	Tên: _____ Email: _____	Điện thoại: _____ Mối quan hệ: _____