

Paquete de Instrucciones  
Para Adultos de la  
Ley Marchman

# PAQUETE DE LA LEY MARCHMAN

## Índice de Materias

### Página 2

- Información General
- Aviso de Limitaciones del Servicio Provisto
- (ADA) Aviso para Personas Discapacitadas

### Página 3

- Programa para el Proceso General para la Solicitud para la Evaluación y Estabilización Involuntaria y Solicitud del Tratamiento Involuntario.

### Página 4

- La Ley Marchman
  - ¿Cuándo debe Usarse estos Formularios?
  - Bases para Archivar una Solicitud
  - ¿Quién puede Archivar una Solicitud?

### Página 5

- Documentos que están en este Paquete

### Página 6

- Instrucciones para Archivar
  - 1er Paso: Para Archivar una Solicitud para Evaluación y Estabilización Involuntaria.

### Página 7

- Solicitud de Muestra para la Evaluación y Estabilización Involuntaria y la Guía de Instrucciones.

### Página 8

- Solicitud para la Evaluación y Estabilización Involuntaria.

### Página 9

- Solicitud de Muestra para la Evaluación y Estabilización Involuntaria para Abuso de Substancia (Para Emergencia) con la Guía de Instrucción.

### Página 10

- Solicitud para la Evaluación y Estabilización Involuntaria para Abusos de Substancia (Para Emergencia).

### Página 11

- Instrucciones para Archivar
  - 2do. Paso: Para Archivar la Solicitud para Tratamiento Involuntario, Capítulo 397.

### Página 12

- Instrucciones para Archivar
  - 3 er. Paso: Una vez comenzado el Tratamiento.

### Página 13

- Solicitud de Muestra para el Tratamiento Involuntario por Abuso de Substancias con la Guía de Instrucción.

### Página 14

- Solicitud para el Tratamiento Involuntario por Abuso de Substancia

# Información General

Usted debiera leer esta Información General con cuidado antes de tomar cualquier paso para archivar su caso o representarse a sí mismo en el Tribunal. Esto no tiene la intención de substituir el consejo legal de un abogado. Cada caso tiene su propio grupo de circunstancias particulares y el abogado puede aconsejarle lo que mejor le conviene en su situación particular. Si usted tiene alguna pregunta o preocupación en cuanto a estos formularios, comentarios, instrucciones y apéndices, el uso de estos formularios o sus derechos legales, se recomienda enfáticamente que hable con un abogado. Si usted no conoce de un abogado, usted puede llamar al Servicio de Referido del Cuerpo de Abogados de la Florida, (Florida Bar Lawyers Referral Service), al 1-800-342-8011.

Todas las instrucciones y formularios distribuidos por la Secretaria son provistos como un servicio al publico, a personas que desean representarse a si mismas en el Tribunal, sin la asistencia de un abogado. Estos documentos tienen la intención de servir tan solo como guía, y de asistir *pro se* (en representación propia) a los litigantes con sus casos. Cualquier persona que use estas instrucciones y/o formularios lo hace corriendo su propio riesgo, y la Secretaria no será responsable de ninguna pérdida incurrida por cualquier persona que confía en las instrucciones y/o formularios.

## **AVISO DE LIMITACION A LA ENTREGA DE CITACION PROAUDIENCIA:**

LOS EMPLEADOS EN LA OFICINA DE LA SECRETARIA DEL TRIBUNAL NO ESTAN ACTUANDO COMO ABOGADO SUYO, O DANDOLE CONSEJO LEGAL A USTED. LOS EMPLEADOS DE LA SECRETARIA DEL TRIBUNAL NO ACTUAN A FAVOR DEL TRIBUNAL O ALGUN JUEZ. EL JUEZ QUE PRESIDE SU CASO PUEDE QUE PIDA QUE SE ENMIENDE UNA SOLICITUD O QUE UNA SOLICITUD SE SUBSTITUYA POR OTRA DIFERENTE. EL JUEZ NO TIENE OBLIGACION DE CONCEDER LA AYUDA PEDIDA EN EL FORMULARIO. LOS EMPLEADOS EN LA OFICINA DE LA SECRETARIA DEL TRIBUNAL NO LE PUEDEN DECIR CUALES SON SUS REMEDIOS O DERECHOS LEGALES, NI REPRESENTARLOS EN EL TRIBUNAL O DECIRLE COMO TESTIFICAR EN EL TRIBUNAL. SI OTRA PERSONA INVOLUCRADA EN SU CASO PIDE AYUDA A LA OFICINA DE LA SECRETARIA DEL TRIBUNAL, ESA PERSONA RECIVINA LA MISMA AYUDA QUE USTED RECIBIO.

EN TODOS LOS CASOS LO MEJOR ES CONSULTAR CON SU PROPIO ABOGADO. SI USTED NO CONOCE UN ABOGADO, USTED PUEDE LLAMAR AL SERVICIO DE REFERIDO DEL CUERPO DE ABOGADOS DE LA FLORIDA (FLORIDA BAR, LAWYER REFERAL SERVICE), AL 1-800-342-8011.

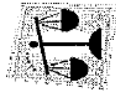
**“Si usted es una persona discapacitada y habrá de necesitar ayuda especial para participar en estos procesos, usted tiene derecho a recibir cierta ayuda sin costo alguno para usted. Por favor comuníquese con el Coordinador del Tribunal Onceno de Circuito Judicial (ADA ciclas en inglés; aviso sobre la ley sobre estadounidenses con discapacidades, cuyas oficinas están localizadas), en el Centro del Tribunal Lawrence E. Thomas, 175 NW 1 Avenida, Sala 2702, Miami, FL., 33128 y su teléfono es el (305) 349-7175; TDD (305) 349-7174. Telefax (305) 349-7355, siete días antes de su comparecencia, o inmediatamente después de haber recibido esta notificación, si el tiempo antes de su comparecencia es menor de 7 días. Si usted es sordo o mudo, por favor llame al 711”.**

## Proceso General Para Solicitud Para la Evaluación Involuntario (Adult)

Respondiente se Presenta a la  
Audiencia de Evaluación y  
Estabilización



Comienzo



### Magistrado General

MG prepara el reporte y la  
recomendación para la  
Orden de Evaluación, para  
ser firmado por el Juez.

### Solicitante

El Solicitante recibe el Paquete  
de Instrucciones para Adultos  
de la Ley Marchman.

Lee las Instrucciones  
Llena la Solicitud para  
Evaluación Involuntaria.

Cuando archive su solicitud,  
tiene que incluir \$40.00 en  
Money Order o Cheque Cajero,  
para la Oficina del Alguacil para  
servir al Respondiente.

Si se concede la Solicitud, el  
Solicitante lleva al

Respondiente al Hospital  
Jackson Memorial (JMH) para  
la Evaluación o tramites

(Orden) al Alguacil para que el  
Alguacil recoja al Respondiente  
y lleve al Respondiente al JMH  
para Evaluación

### Secretario

El Secretario entrega la Copia  
Certificada de la Solicitud y  
Aviso de la Audiencia al

Alguacil para Servicio o el  
Solicitante puede usar un  
Procesador de Servicio

Certificado. La Secretaria envía  
por correo copias a todas las  
partes interesadas.



Médico

El Médico hace la Evaluación y  
provee los document incluyendo  
"GAIN" que significa  
Evaluación Global de  
Necesidades Individuales.

## Proceso General para Solicitud para Tratamiento Involuntario (Hecho después de la Solicitud y Orden de Evaluación)

Respondiente se Presenta a la  
Audiencia de Tratamiento



Comienzo



### Magistrado General

MG prepara el reporte y la  
recomendación para la  
Orden de Evaluación, para  
ser firmado por el Juez.

### Solicitante

Después de los resultados de la  
Evaluación, el Solicitante  
puede continuar a Solicitar el  
Tratamiento Involuntario.

Cuando archive su solicitud,  
tiene que incluir \$40.00 en  
Money Order o Cheque Cajero,  
para la Oficina del Alguacil para  
servir al Respondiente.

### Secretario

El Secretario entrega la Copia  
de la Solicitud y Aviso de  
Audiencia al Alguacil para  
Servicio o el Solicitante puede  
usar a un Procesador de

Servicio Certificado. El  
Secretario envía por correo  
copias a todas las partes  
interesadas.



Médico

Se da el Tratamiento

Alguacil o Procesador de  
Servicio

Le sirve al Respondiente

Alguacil o Procesador de  
Servicio

Le sirve al Respondiente

# LA LEY MARCHMAN

## ¿Cuándo debe usarse estos Formularios?

Estos formularios deberán usarse para conseguir la Orden del Tribunal para proveer la **evaluación involuntaria, estabilización y/o tratamiento** para una persona que tiene necesidad de tratamiento por abuso de sustancia y la misma ha rehusado el tratamiento.

## Bases para archivar la Petición

La persona cumple con el requisito para admisión involuntaria si hay una razón de buena fe para creer que la persona esta discapacitada a causa del uso abusivo de sustancias y por causa de tal discapacitación:

- Ha perdido el poder de dominio propio en cuanto al uso de la sustancia **Y YA SEA:**
  - Ha inflicto, o amenaza o intenta infligir, o a menos que se recluya es probable que inflija daño físico a sí mismo o a otra persona **O,**
  - Si necesita servicios por abuso de sustancias y por causa de la disfunción a causa del abuso de sustancia su juicio ha sufrido a tal punto que la persona es incapaz de entender su necesidad de tales servicios y de poder hacer una decisión racional en cuanto a esto; sin embargo, el mero rehúso de recibir tales servicios no constituye evidencia de falta de juicio con respecto a su necesidad de tales servicios.

## ¿Quién puede Archivar una Petición?

Las siguientes personas pueden archivar una petición:

- El cónyuge o guardián de la persona
- Cualquier Pariente de la persona
- Cualquier tres (3) adultos responsables que tienen conocimiento personal sobre la disfunción por el abuso de sustancia.
- En caso de ser un menor, los padres del menor, guardián legal, custodio legal o el proveedor licenciado a dar servicios.

### *Definiciones:*

Solicitante – La parte que inicia la acción y archiva la solicitud.

Respondiente – La parte contra la cual se presenta el caso.

Magistrado General – La persona asignada para asistir al juez en la disposición a tiempo y efectiva de los casos haciendo fallos sobre los hechos y recomendaciones al juez.

## Documentos Incluidos en este Paquete:

- Solicitud para la *Evaluación y Estabilización* (junto con muestra de solicitud con guía de instrucciones)
- Capítulo 397 Ex-Parte (Emergencia) Solicitud para la *Evaluación y Estabilización* (junto con muestra de solicitud con guía de instrucciones)
- Capítulo 397 Solicitud para *Tratamiento* Involuntario (junto con muestra de solicitud con guía de instrucciones)

La Ley Marchman provee un proceso de dos pazos, uno para *evaluación* y el otro para *tratamiento*, para así determinar si la persona debe ser sometida a una orden involuntaria que requiere la evaluación de abusos de substancia y/o tratamiento. No hay costo de archivo para estos procesos.

- Para asegurarse que las formas están legibles, deben ser llenas en mecanografía o con escritura en letra de molde. **No pueden ser llenas con letra cursiva.**
- Los empleados de la Secretaria del Tribunal no pueden sugerir que se incluya, en los blancos de su forma, alguna información específica, ni pueden llenar la forma por usted.
- No firme cualquier documento que requiera la firma de un Notario Público o empleado de la Secretaria del Tribunal, hasta que no esté delante del Notario Público o empleado de la Secretaria del Tribunal.
- Es posible que este paquete no contenga todas las solicitudes que usted necesite a medida que continúe el caso.
- Otras solicitudes están disponibles en la Oficina de la Secretaria en la siguiente localidad del Tribunal.:

### Solicitudes de Adultos

Secretaria del Tribunal, Sección de Sucesiones  
Tribunal del Condado Miami-Dade  
73 West Flagler Street Sala 234  
Miami, FL 33130

# **INSTRUCCIONES PARA ARCHIVAR**

## **1er. Paso**

### **Para archivar una Solicitud para Evaluación y Estabilización Involuntaria.**

Llene y archive una de las siguientes formas con el Secretario: Solicitud para **Evaluación y Estabilización Involuntaria** o **Capítulo 397 Solicitud de Ex Parte** (Solamente de una sola parte) **para Evaluación y Estabilización (de Emergencia)**

La forma tiene que describir hechos que apoyen el alivio que se busca, indicando:

- La razón por la cual el Solicitante cree que el Respondiente está discapacitado por el abuso de sustancias.
- La razón por la cual el Solicitante cree que por causa de esa discapacidad el Respondiente ha perdido el poder del dominio propio en cuanto al abuso de sustancia; Y YA SEA
  - La razón por la cual el Solicitante cree que el Respondiente ha infligido o es probable que inflija daño físico a sí mismo o a otro a menos que sea recluso O
  - La razón por la cual el Solicitante cree que el rechazo del Respondiente para recibir voluntariamente el cuidado se basa en un juicio tan discapacitado a causa del abuso de sustancias que hace que el Respondiente sea incapaz de entender su necesidad de cuidado y de hacer una decisión racional en cuanto a su necesidad de cuidado. Si el Respondiente se ha negado a una evaluación, tal negación tiene que ser escrita en la solicitud.

Lea cada línea y escoja y/o escriba la respuesta apropiada.

La persona que llena esta forma (solicitud (es)) tiene que firmarlo frente a un Notario Público o Empleado de la Secretaría.

Una vez llena la forma, llévela a la Oficina de la Secretaria del Tribunal, 2do. Piso en D.C.C., Sala 234, Miami, Florida 33130. La Secretaria del Tribunal asignara una audiencia sobre la Solicitud de Evaluación y Estabilización Involuntaria que tendrá lugar dentro de diez (10) días, después de archivada la solicitud.

Si usted esta archivando una Solicitud de Evaluación y Estabilización Involuntaria, el Respondiente (persona que necesita evaluación), tiene que ser servido. Usted puede usar el servicio de la Oficina del Alguacil o el de un procesador de servicio certificado.

Si usted decide usar el servicio del Alguacil, cuando vaya a la Oficina de la Secretaria del Tribunal para Archivar la Solicitud, tiene que traer un Giro Postal o Cheque Bancario por \$40.00 pagadero a Miami-Dade Sheriff's Office. El secretario llevara los papeles necesarios a la Oficina del Alguacil para que el Respondiente sea servido con ellos.

Si usted decide usar el servicio de un procesador de servicio certificado, la Oficina de la Secretaria tiene una lista de nombres; sin embargo los empleados de la secretaria no pueden sugerir el servicio de un procesador en particular. Si usted usa el servicio de un procesador de servicios certificado, es su responsabilidad elegir su servidor de proceso y hacer el arreglo necesario del pago del servicio.

Normalmente se lleva a cabo una audiencia frente a un Magistrado General y se requiere la asistencia del Solicitante (s) Si el Respondiente no ha sido servido, la audiencia puede ser pospuesta. Usted debe presentarse el día de la audiencia asignada por la Secretaria del Tribunal, cuando se archivo la solicitud a menos que le informen que la audiencia se ha pospuesto.

Como resultado de esta audiencia, el tribunal puede entrar la Orden de Evaluación Involuntaria o desecha la Solicitud. Si la evaluación es ordenada, el respondiente tiene que hacerse la evaluación. Es su responsabilidad el obtener los resultados de la evaluación del medico. A los resultados se les llama el reporte GAIN (ciclas en inglés) que significa Evaluación Global para las Necesidades del Individuo.

Si una vez que se termina el paso anterior usted desea continuar con el proceso y solicitarle al Tribunal el Tratamiento involuntario para el Respondiente, una **SOLICITUD DE TRATAMIENTO INVOLUNTARIO** y los resultados de GAIN tienen que ser archivados en el tribunal de acuerdo al Capitulo 397 de los Estatutos de la Florida, (ver **2do. Paso**).



EN EL TRIBUNAL DE CIRCUITO  
DEL CIRCUITO JUDICIAL ONCENO,  
EN Y PARA EL CONDADO MIAMI-DADE, FLORIDA

DIVISION

CASO NO. [Deje en Blanco]

- SUCESION
- JUVENIL

# MUESTRA

EN REF: [La persona para la que esta pidiendo la Evaluación y Estabilización]

Nombre del Respondiente:

Dirección: [Dirección de la persona para la que esta pidiendo la Evaluación y Estabilización] F.N.: [Fecha de

Nacimiento de la persona para la que esta pidiendo la Evaluación y Estabilización] SEXO/RAZA: [Sexo y Raza de la persona para la que esta pidiendo la Evaluación y Estabilización]

## SOLICITUD PARA EVALUACION Y ESTABILIZACION INVOLUNTARIA (Estatuto de la Florida, Capítulo 397)

Yo, [Su Nombre], habiendo sido debidamente juramentado, declaro que personalmente he observado el comportamiento y conducta del RESPONDIENTE, [La persona para la cual esta pidiendo Evaluación y Estabilización], y cree de buena fe que tal persona esta discapacitado a causa del abuso de sustancias, pues entonces,

- 1) El/Ella, ha perdido el poder sobre su dominio propio con respecto al uso de sustancias; y en caso de que
- 2) El/Ella, haya amenazado, intentado o de hecho haya infligido daño a (si mismo) u otro, o a menos que haya admitido ser posiblemente capaz de hacer daño físico (a si mismo) a otro, o esta necesitando los servicios de abuso de sustancias y por razones del abuso de sustancias su juicio ha sufrido tal discapacitación que el/ella es incapaz de apreciar su necesidad de cuidado y no puede tomar una decisión racional al respecto.
- 3) El Respondiente tiene abogado: No  Si  Si su respuesta es Si, Nombre del Abogado \_\_\_\_\_  
[Abogado de la Persona para la cual esta pidiendo Evaluación y Estabilización – Si no tiene abogado escriba N/A]
- 4) ¿El Respondiente es Indigente? No  Si  No Se  [Marque una casilla]
- 5) El Respondiente (ha) (no ha) rehusado someterse a una evaluación.
- 6) Las creencias del Solicitante se basan en lo siguiente: [Detalle su observación incluyendo incidentes relacionados con el abuso de droga y alcohol por la persona que usted esta pidiendo reciba la Evaluación y Estabilización. Si usted necesita espacio adicional puede usar una hoja por separado.]

Yo, por la presente solicito al Tribunal que evalúe a tal persona.

[Su Dirección]	[Su Nombre]
Dirección del Solicitante	Nombre del Solicitante
[Su Número de Teléfono]	[ No Firme hasta que se lo pidan]
Número de Teléfono del Solicitante	Firma y Parentesco del Solicitante
	[Si no es Miembro de la Familia –Nombre del Solicitante #2]
	Solicitante #2 Nombre (necesario si no es miembro de la familia)
[Si usted no es Miembro de la Familia – Dirección del Solicitante #2]	[ No Firme hasta que se lo pidan ]
Solicitante #2 Dirección (necesaria si el Solicitante no es miembro de la familia)	Firma del Solicitante #2
	[Si no es Miembro de la Familia – Nombre del Solicitante #3]
[Si usted no es Miembro de la Familia – Dirección del Solicitante #3]	Solicitante #3 Nombre (necesario si no es miembro de la familia)
Solicitante #3 Dirección (necesaria si el Solicitante no es miembro de la familia)	[No firme hasta que se lo pidan]
	Firma del Solicitante #3

Estado de la Florida

Condado de Miami-Dade

Jurado o afirmado y firmado delante de mí [Se deja en blanco] \_ por [Deje en blanco]

[Deje en blanco]

[ ] Conocido Personalmente

Notario Público o Empleado de la Secretaria del Tribunal

[ ] Presentó Identificación

Tipo de Identificación Presentada \_\_\_\_\_

[Deje en blanco]

[El nombre Comisionado del Notario o Empleado de la Secretaria debe ser escrito en letra de molde, mecanografiado o estampado.]

EN EL TRIBUNAL DE CIRCUITO  
DEL CIRCUITO JUDICIAL ONCENO,  
EN Y PARA EL CONDADO MIAMI-DADE, FLORIDA

DIVISION  
 SUCESION  
 JUVENIL

CASO NO. \_\_\_\_\_

EN REF:

Nombre del Respondiente:  
 Dirección:

F.N.:

SEXO/RAZA:

**SOLICITUD PARA EVALUACION Y ESTABILIZACION INVOLUNTARIA  
 (Estatuto de la Florida, Capítulo 397)**

Yo, \_\_\_\_\_, habiendo sido debidamente juramentado, por la presente declaro que yo personalmente he observado el comportamiento y conducta del RESPONDIENTE, \_\_\_\_\_, y creo de buena fe que esa persona esta discapacitada por el abuso de sustancias pues entonces,

- 1) El/Ella, ha perdido el poder de dominio propio en cuanto al uso de sustancias; y en caso de que,
- 2) El/Ella, ha amenazado, intentado o de hecho haya infligido daño a (si mismo) u otro, o a menos que haya admitido que es posiblemente capaz de hacer daño físico (a si mismo) u otro, o esta necesitando los servicios de abuso de sustancias y por razones del abuso de sustancias su juicio ha sufrido tal discapacitación que el/ella es incapaz de apreciar su necesidad de cuidado y no puede tomar una decisión racional al respecto.
- 3) El Respondiente tiene abogado: No  Si  Si su respuesta es Si, Nombre del Abogado \_\_\_\_\_
- 4) ¿El Respondiente es Indigente? No  Si  No Se  . .
- 5) El Respondiente (ha) (no ha) rehusado someterse a una evaluación
- 6) Las creencias del Solicitante se basan en lo siguiente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Yo, por la presente solicito al Tribunal que evalúe a tal persona

Dirección del Solicitante	Nombre del Solicitante
Número de Teléfono del Solicitante	Firma y Parentesco del Solicitante
	Solicitante #2 Nombre (necesario si no es miembro de la familia)
Solicitante #2 Dirección (necesaria si el Solicitante no es miembro de la familia)	Firma del Solicitante #2
	Solicitante #3 Nombre (necesario si no es miembro de la familia)
Solicitante #3 Dirección (necesaria si el Solicitante no es miembro de la familia)	Firma del Solicitante #3

Estado de la Florida  
 Condado de Miami-Dade

Jurado o afirmado y firmado delante de mí \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

[ ] Conocido Personalmente

\_\_\_\_\_  
 Notario Público o Empleado de la Secretaria del Tribunal

[ ] Presentó Identificación

Tipo de Identificación Presentada \_\_\_\_\_

[El nombre Comisionado del Notario o Empleado de la Secretaria debe ser escrito en letra de molde, mecanografiado o estampado.]

EN EL TRIBUNAL DE CIRCUITO  
DEL CIRCUITO JUDICIAL ONCENO,  
EN Y PARA EL CONDADO MIAMI-DADE, FLORIDA

CASO NO. [Deje en blanco]

DIVISION

- SUCESION
- JUVENIL

# MUESTRA

**CAPITULO 397 EX-PARTE  
SOLICITUD PARA  
EVALUACION Y ESTABILIZACION**

EN REF: [La persona para la que esta pidiendo la Evaluación y Estabilización]

Nombre del Respondiente:

Dirección: [Dirección de la persona para la que esta pidiendo la Evaluación y Estabilización] F.N.: [Fecha de Nacimiento de la persona para la que esta pidiendo la Evaluación y Estabilización] SEXO/RAZA: [Sexo y Raza de la persona para la que esta pidiendo la Evaluación y Estabilización]

Yo, [Su Nombre], habiendo sido debidamente juramentado, por la presente declaro que yo personalmente he observado el comportamiento y conducta del RESPONDIENTE, [La persona para la cual esta pidiendo Evaluación y Estabilización] y creo de buena fe que esa persona esta discapacitada por el abuso de sustancias pues entonces,

- 1) El/Ella, ha perdido el poder sobre su dominio propio con respecto al uso de sustancias; y en caso de que
- 2) El/Ella, haya amenazado, intentado o de hecho haya infligido daño a (si mismo) u otro, o a menos que haya admitido ser posiblemente capaz de hacer daño físico (a si mismo) a otro, o esta necesitando los servicios de abuso de sustancias y por razones del abuso de sustancias su juicio ha sufrido tal discapacitación que el/ella es incapaz de apreciar su necesidad de cuidado y no puede tomar una decisión racional al respecto.
- 3) El Respondiente tiene abogado: No  Si  Si su respuesta es Si, Nombre del Abogado \_\_\_\_\_  
[Abogado de la Persona para la cual esta pidiendo Evaluación y Estabilización – Si no tiene abogado escriba N/A]
- 4) ¿El Respondiente es Indigente? No  Si  No Se . [Marque una casilla]
- 5) El Respondiente (ha) (no ha) rehusado someterse a una evaluación.
- 6) Las creencias del Solicitante se basan en lo siguiente: [Detalle su observación incluyendo incidentes relacionados con el abuso de droga y alcohol por la persona que usted esta pidiendo reciba la Evaluación y Estabilización. Si usted necesita espacio adicional puede usar una hoja por separado.]
- 7) La razón por la cual es necesaria la Orden de Ex Parte para una Evaluación y Estabilización, es porque [Detalle el por que esta Evaluación y Estabilización son algo emergente que debe ser escuchada de inmediato]

Yo, por la presente solicito al Tribunal que evalúe a tal persona.

[Su Dirección]	[Su Nombre]
Dirección del Solicitante	Nombre del Solicitante
[Su Número de Teléfono]	[ No Firme hasta que se lo pidan]
Número de Teléfono del Solicitante	Firma y Parentesco del Solicitante
	[Si usted no es Miembro de Familia –Nombre del Solicitante #2]
	Solicitante #2 Nombre (necesario si no es miembro de la familia)
[Si usted no es Miembro de la Familia – Dirección del Solicitante #2]	[ No Firme hasta que se lo pidan ]
Solicitante #2 Dirección (necesaria si el Solicitante no es miembro de la familia)	Firma del Solicitante #2
	[Si usted no es miembro de familia – Nombre del Solicitante #3]
[Si usted no es Miembro de Familia – Dirección del Solicitante #3]	Solicitante #3 Nombre (necesario si no es miembro de familia)
Solicitante #3 Dirección (necesaria si el Solicitante no es miembro de la familia)	[No Firme hasta que se lo pidan]
	Firma del Solicitante #3

Estado de la Florida  
Condado de Miami-Dade

Jurado o afirmado y firmado delante de mí [Deje en blanco] \_ por [Deje en blanco]  
[Deje en blanco]

[ ] Conocido Personalmente

[ ] Presento Identificación

Notario Público o Empleado de la Secretaria del Tribunal

Tipo de Identificación Presentada \_\_\_\_\_ [Deje en blanco]

[El nombre Comisionado del Notario o Empleado de la Secretaria debe ser escrito en letra de molde, mecanografiado o estampado.]

EN EL TRIBUNAL DE CIRCUITO  
DEL CIRCUITO JUDICIAL ONCENO,  
EN Y PARA EL CONDADO MIAMI-DADE, FLORIDA

CASO NO. \_\_\_\_\_

- DIVISION  
 SUCESION  
 JUVENIL

**CAPITULO 397 EX-PARTE  
SOLICITUD PARA  
EVALUACION Y ESTABILIZACION**

EN REF:

Nombre del Respondiente:  
Dirección:

F.N.:

SEXO/RAZA:

Yo, \_\_\_\_\_, habiendo sido debidamente juramentado, por la presente declaro que yo personalmente he observado el comportamiento y conducta del RESPONDIENTE, y creo de buena fe que esa persona esta discapacitada por el abuso de sustancias pues entonces,

- 1) El/Ella, ha perdido el poder sobre su dominio propio con respecto al uso de sustancias; y en caso de que
- 2) El/Ella, haya amenazado, intentado o de hecho haya infligido daño a (si mismo) u otro, o a menos que haya admitido ser posiblemente capaz de hacer daño físico (a si mismo) a otro, o esta necesitando los servicios de abuso de sustancias y por razones del abuso de sustancias su juicio ha sufrido tal discapacitación que el/ella es incapaz de apreciar su necesidad de cuidado y no puede tomar una decisión racional al respecto.
- 3) El Respondiente tiene abogado: No  Si  Si su respuesta es Si, Nombre del Abogado \_\_\_\_\_
- 4) ¿El Respondiente es Indigente? No  Si  No Se .
- 5) El Respondiente (ha) (no ha) rehusado someterse a una evaluación.
- 6) Las creencias del Solicitante se basan en lo siguiente:
- 7) La razón por la cual es necesaria la Orden de Ex Parte para una Evaluación y Estabilización, es porque: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Yo, por la presente solicito al Tribunal que evalúe a tal persona.

Dirección del Solicitante	Nombre del Solicitante
Número de Teléfono del Solicitante	Firma y Parentesco del Solicitante
	Solicitante #2 Nombre (necesario si no es miembro de la familia)
Solicitante #2 Dirección (necesario si el Solicitante no es miembro de la familia)	Firma del Solicitante #2 #2
	Solicitante #3 Nombre (necesario si no es miembro de la familia)
Solicitante #3 Dirección (necesaria si el Solicitante no es miembro de la familia)	Firma del Solicitante #3

[El nombre Comisionado del Notario o Empleado de la Secretaria debe ser

escrito en letra de molde, mecanografiado o estampado.]

Estado de la Florida

Condado de Miami-Dade

Jurado o afirmado y firmado delante de mí \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

[  ] Conocido Personalmente

[  ] Presento Identificación

Tipo de Identificación Presentada \_\_\_\_\_

[El nombre Comisionado del Notario o Empleado de la Secretaria debe ser escrito en letra de molde, mecanografiado o estampado.]

Notario Público o Empleado de la Secretaria del Tribunal

## 2do. Paso

### **Para Archivar la Solicitud para Tratamiento Involuntario, Capítulo 397.**

Después de la Evaluación, el Tribunal puede determinar si el Respondiente necesita tratamiento. Para que esto ocurra, usted tiene que archivar “Una Solicitud de Tratamiento Involuntario, Capítulo 397” y los resultados del GAIN, con la Secretaria.

Llene y archive las siguientes formas con la Secretaria: Solicitud **para Tratamiento Involuntario, Capítulo 397**, junto a los resultados de GAIN.

Esta forma tiene que decir hechos que apoyen el alivio que se busca indicando:

- La razón por la que el Solicitante cree que el Respondiente esta impedido a causa del abuso de substancias.
- La razón por la que el Solicitante cree que por tal impedimento el Respondiente ha perdido su poder de dominio propio con respecto al abuso de substancias; Y YA SEA
  - La razón por la que el que Solicita cree que el Respondiente ha infligido o es probable que inflija daño físico a sí mismo u otros a menos que lo internen; O
  - La razón por la que el que Solicita cree que el rehúso del Respondiente a recibir cuidado voluntario se basa en un buen juicio tan impedido a causa del abuso de substancias que el Respondiente es incapaz de apreciar su necesidad del cuidado y de tomar decisiones racionales en cuanto a su necesidad del cuidado. Si el Respondiente se ha rehusado a someterse a una evaluación, tal rehúso debe ser afirmado en la solicitud.
- Lea cada línea y elija y/o complete la respuesta apropiada.
- La persona que completa esta forma tiene que firmar delante un Notario Público o Secretario del Tribunal.

Una vez que la forma anterior ha sido completada con los resultados de GAIN, la Oficina de la Secretaria asigna la audiencia de la solicitud de Tratamiento Involuntario que será escuchada dentro de diez (10) días después que la petición es archivada.

Si usted esta archivando una **Solicitud para Tratamiento Involuntario**, el Respondiente (la persona que necesita el tratamiento) debe ser servida de nuevo. Usted puede usar la Oficina del Alguacil o un procesador de servicios certificado.

Si usted decide usar al Alguacil, cuando usted vaya a la Oficina de la Secretaría para archivar su Solicitud, usted tiene que traer un Money Order o Cheque Cajero por \$40.00 pagadero a **Miami-Dade Sheriff's Office**.

Si usted decide usar un procesador de servicios certificado, la Oficina de la Secretaria tiene una lista de nombres; pero los secretarios no pueden sugerirle a un procesador de servicios en particular. Si usted usa un procesador de servicios certificado, es su responsabilidad de elegir el procesador de servicio y de hacer el pago necesario para el servicio.

La audiencia por lo general ocurre delante del magistrado General y se exige la presencia del Solicitante (s). Si el Respondiente no ha sido servido, puede que la audiencia se continúe para más adelante. Usted debe hacer comparecencia el día de la audiencia dada por la Secretaria cuando archivó la solicitud, a menos que se le diga que la audiencia ha sido continuada.

Como resultado de esta audiencia, el Tribunal entra la Orden del Tratamiento Involuntario o desecha la Solicitud. Si se ordena el Tratamiento, la Orden para Tratamiento Involuntario, puede indicarle al Alguacil que tome al Respondiente bajo custodia y lo entregue al proveedor licenciado de servicios especificado en la orden del Tribunal, o al apropiado proveedor licenciado de servicios mas apropiado, para el Tratamiento Involuntario (Sección 397.697 (1), Estatuto de la Florida). Si la Orden no es ejecutada, el Solicitante es responsable de

tomar los pasos necesarios para buscar la ejecución de la Orden, cosa que puede incluir notificación escrita, al Tribunal, sobre lo ocurrido.

El Tribunal no es responsable de encontrar el Servicio Licenciado. Todo tratamiento es controlado por South Florida Behavioral Health Network y debe ser obtenido a través **de South Florida Behavioral Health Network**. Puede contactarlos marcando **305- 858- 3335**, o en el internet en <http://sfbhn.org/>.

## 3 er. Paso

### UNA VEZ COMENZADO EL TRATAMIENTO

Si el Respondiente no termina el tratamiento, el solicitante puede pedirle al Tribunal, escribiendo una carta titulada: “Moción por Desacato al Tribunal por Incumplimiento de Tratamiento.” En la carta, explique lo que fue ordenado por el Tribunal, lo que el Respondiente dejó de hacer y que le fue ordenado hacer, y solicite una audiencia ante el Tribunal en una “Moción por Desacato al Tribunal por Incumplimiento de Tratamiento”. Archive esta carta con la Secretaria en el 2do. Piso, Sala 234, del Tribunal del condado de Dade. Pero, todos los Solicitantes deben conocer que en este momento hay muy pocos programas licenciados de tratamientos de Abuso de Substancias “asegurados”; la habilidad para ejecutar las Ordenes del Tribunal puede estar considerablemente limitada.

Si el Respondiente ha estado asistiendo a tratamiento, pero se están terminando los 60 días y se necesita mas días de tratamiento, archive una extensión de Tratamiento al archivar una **Re-Solicitud para Tratamiento Involuntario** y asegúrese de que la cacilla “F” es Marcada, que indica: “El Respondiente esta cerca de la fecha establecida de ser liberado del Tratamiento Involuntario, de acuerdo a la Orden del Tribunal; sin embargo, el Respondiente sigue llenando el criterio para el Tratamiento Involuntario contenida en el Est. de la Fla. 397-693”.

EN EL TRIBUNAL DE CIRCUITO  
DEL CIRCUITO JUDICIAL ONCENO,  
EN Y PARA EL CONDADO MIAMI-DADE, FLORIDA

CASO NO. [Deje en blanco]

DIVISION

- SUCESION
- JUVENIL

# MUESTRA

**CAPITULO 397  
SOLICITUD PARA  
TRATAMIENTO INVOLUNTARIO**

EN REF: [La persona para la que esta pidiendo el Tratamiento para]

Nombre del Respondiente:

Dirección: [Dirección de la persona para la que esta pidiendo el Tratamiento] F.N.: [Fecha de Nacimiento de la persona para la que esta pidiendo el Tratamiento] SEXO/RAZA: [Sexo y Raza de la persona para la que esta pidiendo el Tratamiento]

Yo, [Su Nombre], habiendo sido debidamente juramentado, por la presente declaro que yo personalmente he observado el comportamiento y conducta del RESPONDIENTE, [La persona para la cual esta pidiendo el Tratamiento] y creo de buena fe que esa persona esta discapacitada por el abuso de sustancias pues entonces,

1. El/Ella, ha perdido el poder sobre su dominio propio con respecto al uso de sustancias; y en caso de que
2. El/Ella, haya amenazado, intentado o de hecho haya infligido daño a (si mismo) u otro, o a menos que haya admitido ser posiblemente capaz de hacer daño físico (a si mismo) a otro, o esta necesitando los servicios de abuso de sustancias y por razones del abuso de sustancias su juicio ha sufrido tal discapacitación que el/ella es incapaz de apreciar su necesidad de cuidado y no puede tomar una decisión racional al respecto. Las razones para creer esto son las siguientes: [Detalle su observación incluyendo incidentes relacionados con el abuso de droga y alcohol por la persona que usted esta pidiendo reciba el Tratamiento. Si usted necesita espacio adicional puede usar una hoja por separado.]

MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE APLICAN

- a)  El Respondiente ha sido colocado bajo detención preventiva de acuerdo al Est. Fla. 397.677, dentro de los previos 10 días; o
  - b)  El Respondiente ha sido sometido a un ingreso de emergencia de acuerdo al Est. Fla. 397.679 dentro de los previos 10 días; o
  - c)  El Respondiente ha sido evaluado por un profesional calificado (no el doctor de Evaluación) dentro de los previos 5 días; o
  - d)  El Respondiente ha sido sometido a Evaluación y Estabilización Involuntaria de acuerdo al Est. Fla. 397.6818 dentro de los previos 12 días (Esto es por el Dr. De evaluación); o
  - e)  El Respondiente ha sido sometido a un ingreso involuntario alternativo de acuerdo al Est. Fla. 397.6822 dentro de los previos 12 días; o
  - f)  El Respondiente esta cerca de la fecha establecida de ser liberado del Tratamiento Involuntario de acuerdo a la Orden del Tribunal; sin embargo,  
El Respondiente sigue llenando el criterio para el Tratamiento Involuntario contenida en el Est. Fla. 397.693.
3. El Respondiente tiene un abogado: No  Si  si es Si, el Nombre del Abogado \_\_\_\_\_  
[Abogado de la Persona para la cual Solicita Tratamiento - Si no tiene Abogado, escriba N/A]
  4. El Respondiente ¿es Indigente? No  Si  No Se . [Marque Uno]
  5. Un profesional calificado ha evaluado al Respondiente y el resultado y recomendaciones de tal profesional son:  
(Escriba lo que el Dr. que evaluó le dijo concerniente al uso del abuso de sustancias del Respondiente)



Yo, por la presente solicito al Tribunal que evalúe a dicha persona.

<u>[Su Dirección]</u>	<u>[Su Nombre]</u>
Dirección del Solicitante	Nombre del Solicitante
<u>[Su Número de Teléfono]</u>	<u>[ No firmar hasta que se le pida hacerlo]</u>
Número de Teléfono del Solicitante	Firma y Parentesco del Solicitante
	<u>[Si no es Miembro de la Familia – Nombre del Solicitante #2]</u>
	Solicitante #2 Nombre (necesario si no es miembro de la familia)
<u>[Si usted no es miembro de la Familia – Dirección del Solicitante #2]</u>	<u>[ No firmar hasta que se le pida hacerlo ]</u>
Solicitante #2 Dirección (necesario si el Solicitante no es miembro de la familia)	Firma del Solicitante #2
	<u>[Si usted no es Miembro de la Familia – Nombre del solicitante #3]</u>
<u>[Si usted no es Miembro de la Familia – Nombre del solicitante #3]</u>	Solicitante #3 Nombre(necesario si no es miembro de la familia)
Solicitante #3 Dirección (necesario si el Solicitante no es miembro de la familia)	<u>[No firmar hasta que se le pida hacerlo]</u>
	Firma del Solicitante #3

Estado de la Florida

Condado de Miami-Dade

Jurado o afirmado y firmado delante de mí [Deje en blanco] \_ por [Deje en blanco]

[Deje en blanco]

Conocido Personalmente

Presentó Identificación

Notario Público o Empleado de la Secretaria del Tribunal

Tipo de Identificación Presentada \_\_\_\_\_ [Deje en blanco]

[El nombre Comisionado del Notario o Empleado de la Secretaria debe ser escrito en letra de molde, mecanografiado o estampado.]

EN EL TRIBUNAL DE CIRCUITO  
DEL CIRCUITO JUDICIAL ONCENO,  
EN Y PARA EL CONDADO MIAMI-DADE, FLORIDA

CASO NO.

- DIVISION  
 SUCESION  
 JUVENIL

**CAPITULO 397  
SOLICITUD PARA  
TRATAMIENTO INVOLUNTARIO**

EN REF:

Nombre del Respondiente:  
Dirección:

F.N.:

SEXO/RAZA:

Yo, \_\_\_\_\_, habiendo sido debidamente juramentado, por la presente declaro que yo personalmente he observado el comportamiento y conducta del RESPONDIENTE, \_\_\_\_\_ y creo de buena fe que esa persona esta discapacitada por el abuso de sustancias pues entonces,

1. El/Ella, ha perdido el poder sobre su dominio propio con respecto al uso de sustancias; y en caso de que
2. El/Ella, haya amenazado, intentado o de hecho haya infligido daño a (si mismo) u otro, o a menos que haya admitido ser posiblemente capaz de hacer daño físico (a si mismo) a otro, o esta necesitando los servicios de abuso de sustancias y por razones del abuso de sustancias su juicio ha sufrido tal discapacitación que el/ella es incapaz de apreciar su necesidad de cuidado y no puede tomar una decisión racional al respecto. Las razones para creer esto son las siguientes:  
\_\_\_\_\_

**MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE APLICAN**

- a)  El Respondiente ha sido colocado bajo detención preventiva de acuerdo al Est. Fla. 397.677, dentro de los previos 10 días; o
- b)  El Respondiente ha sido sometido a un ingreso de emergencia de acuerdo al Est. Fla. 397.679 dentro de los previos 10 días; o
- c)  El Respondiente ha sido evaluado por un profesional calificado (no el doctor de Evaluación) dentro de los previos 5 días; o
- d)  El Respondiente ha sido sometido a Evaluación y Estabilización Involuntaria de acuerdo al Est. Fla. 397.6818 dentro de los previos 12 días ; o
- e)  El Respondiente ha sido sometido a un ingreso involuntario alternativo de acuerdo al Est. Fla. 397.6822 dentro de los previos 12 días; o
- f)  El Respondiente esta cerca de la fecha establecida de ser liberado del Tratamiento Involuntario de acuerdo a la Orden del Tribunal; sin embargo,  
El Respondiente sigue llenando el criterio para el Tratamiento Involuntario contenida en el Est. Fla. 397.693.

3. El Respondiente tiene un abogado: No  Si  si es Si, el Nombre del Abogado \_\_\_\_\_
4. El Respondiente ¿es Indigente? No  Si  No Se .
5. Un profesional calificado ha evaluado al Respondiente y el resultado y recomendaciones de tal profesional son:  
\_\_\_\_\_

Yo, por la presente solicito al Tribunal que evalúe a dicha persona.

Dirección del Solicitante	Nombre del Solicitante
Número de Teléfono del Solicitante	Firma y Parentesco del Solicitante
	Solicitante #2 Nombre (necesario si no es miembro de la familia)
Solicitante #2 Dirección (necesario si el Solicitante no es miembro de la familia)	Firma del Solicitante #2
	Solicitante #3 Nombre(necesario si no es miembro de la familia)
Solicitante #3 Dirección (necesario si el Solicitante no es miembro de la familia)	Firma del Solicitante #3

Estado de la Florida

Condado de Miami-Dade

Jurado o afirmado y firmado delante de mí \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Conocido Personalmente \_\_\_\_\_

Presento Identificación \_\_\_\_\_ Notario Público o Empleado de la Secretaria del Tribunal

Tipo de Identificación Presentada \_\_\_\_\_

[El nombre Comisionado del Notario o Empleado de la Secretaria debe ser escrito en letra de molde, mecanografiado o estampado.]