

IN THE CIRCUIT COURT OF _____ COUNTY, WEST VIRGINIA
EN EL TRIBUNAL DE CIRCUITO DEL CONDADO DE _____,
VIRGINIA OCCIDENTAL

For Clerk's Use Only
Para uso exclusivo del Secretario

IN RE: INVOLUNTARY HOSPITALIZATION OF _____, RESPONDENT
ASUNTO: HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA DE _____, PARTE DEMANDADA

DATE: _____ CASE NUMBER _____ - MH - _____
FECHA: _____ NÚMERO DE CASO _____ - MH - _____

If this application is GRANTED, distribute copies of the application and Pickup/Custody Order (Form INV 4 / Form 903CCF or INV 5 / Form 903CCF24) to: Applicant, Respondent, Respondent's Attorney, Prosecuting Attorney and the Regional Mental Health Center.

Si se CONCEDE esta solicitud, entregue copias de la misma y de la Orden de recogida/custodia (Formulario INV 4/ Formulario 903CCF o INV 5/Formulario 903CCF24) a: El Solicitante, la Parte demandada, el Abogado de la Parte demandada, el Fiscal y el Centro Regional de Salud Mental.

**APPLICATION FOR INVOLUNTARY CUSTODY
FOR MENTAL HEALTH EXAMINATION**
[West Virginia Code: § 27-5-2]
**SOLICITUD DE CUSTODIA INVOLUNTARIA PARA
EXAMEN DE SALUD MENTAL**
[Código de Virginia Occidental: § 27-5-2]

DO NOT USE THIS FORM IF THE PERSON TO BE EXAMINED IS
INCARCERATED IN A JAIL, PRISON, OR OTHER CORRECTIONAL
FACILITY [USE FORM INV 2 / FORM 901C]
NO USE ESTE FORMULARIO SI LA PERSONA QUE SE VA A EXAMINAR
ESTÁ EN LA CÁRCEL, EN PRISIÓN O EN OTRO CENTRO
CORRECCIONAL [USE EL FORMULARIO INV 2/FORMULARIO 901C]

INSTRUCTIONS TO APPLICANT:
INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE:

- A. READ THOROUGHLY the IMPORTANT INFORMATION TO APPLICANTS attached.
LEA MINUCIOSAMENTE la INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA EL SOLICITANTE que se adjunta.
- B. All information must be printed or typed and be clearly readable.
Toda la información debe estar en letra de molde o escrita a máquina y se debe poder leer con claridad.
- C. All information requested must be provided, if known. If unknown, you must state it is unknown.
Toda la información solicitada debe proporcionarse, si se tiene. Si no sabe algo, debe escribir que no lo sabe.
- D. Any petition and application which does not provide the necessary information, or is unreadable, may be rejected or denied. Read and answer all questions carefully.
Cualquier petición y solicitud que no proporcione la información necesaria o que sea ilegible podrá rechazarse o denegarse. Lea y responda todas las preguntas detenidamente.

E. In this document, the **RESPONDENT** is the person whose examination is requested.
 En este documento, la **PARTE DEMANDADA** es la persona para la que se solicita el examen.

1. FULL NAME OF PERSON TO BE EXAMINED [**RESPONDENT**]: _____
 NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA A LA QUE SE EXAMINARÁ [**PARTE DEMANDADA**]: _____

Identification Information of Respondent: DATE OF BIRTH ____/____/____; WEIGHT _____;
 Datos de identificación de la Parte demandada: FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____; PESO _____;
 HAIR COLOR _____; HAIR LENGTH _____;
 COLOR DE PELO _____; LARGO DEL PELO _____;
 SEX _____; HEIGHT _____; EYE COLOR _____; RACE _____.
 SEXO _____; ALTURA _____; COLOR DE OJOS _____; RAZA _____.

2. RESPONDENT'S LAST KNOWN ADDRESS: _____
 ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA DE LA PARTE DEMANDADA: _____

RESPONDENT'S TELEPHONE NUMBER: () _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PARTE DEMANDADA: () _____

3. PLACE OF BIRTH [*state or country*] _____

LUGAR DE NACIMIENTO [*estado o país*] _____

4. WHERE IS RESPONDENT NOW? PROVIDE ADDRESS: _____

¿DÓNDE ESTÁ LA PARTE DEMANDADA EN ESTE MOMENTO? ESCRIBA LA DIRECCIÓN: _____

PROVIDE DIRECTIONS IF KNOWN: _____

SI LO SABE, DÉ INSTRUCCIONES PARA LLEGAR: _____

5. THE RESPONDENT IS:

LA PARTE DEMANDADA ES:

A. A RESIDENT OF _____ COUNTY, _____ STATE.

RESIDENTE DEL CONDADO DE _____, ESTADO DE _____.

B. CURRENTLY PRESENT IN _____ COUNTY, _____ STATE.

ACTUALMENTE, ESTÁ EN EL CONDADO DE _____, ESTADO DE _____.

6. APPLICANT'S [**your**] FULL NAME: _____

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE [*el suyo*]: _____

7. APPLICANT'S [**your**] MAILING ADDRESS: _____

DIRECCIÓN POSTAL DEL SOLICITANTE [*la suya*]: _____

APPLICANT'S TELEPHONE NUMBER: WORK: () _____ HOME: () _____

NÚMERO DE TELÉFONO DEL SOLICITANTE: TRABAJO: () _____ CASA: () _____

PLEASE PROVIDE A WAY TO CONTACT YOU PENDING THIS APPLICATION PROCESS (example: cell phone, pager number). **THE COURT MUST BE ABLE TO REACH YOU AND NOTIFY YOU OF THE TIME AND PLACE OF ANY HEARING, WHICH WILL BE HELD IMMEDIATELY TO WITHIN 24 HOURS. YOUR FAILURE TO APPEAR AT THE HEARING MAY RESULT IN THE APPLICATION BEING DISMISSED AND THE RESPONDENT BEING RELEASED.** If you do not want the Respondent to have this information, you may supply the information separately to the Court.

MANERA EN LA QUE PUEDEN COMUNICARSE CON USTED MIENTRAS SE TRAMITA ESTA SOLICITUD (por ejemplo: teléfono celular, número de pager). **EL TRIBUNAL DEBE PODER COMUNICARSE CON USTED E INFORMARLO DE LA HORA Y EL LUGAR DE CUALQUIER AUDIENCIA QUE SE CELEBRARÁ INMEDIATAMENTE O EN UN PLAZO DE 24 HORAS. SI NO COMPARECE EN LA AUDIENCIA, LA SOLICITUD PODRÍA DESESTIMARSE Y SE PODRÍA PONER EN LIBERTAD A LA PARTE DEMANDADA.** Si no quiere que la Parte demandada tenga esta información, puede dársela por separado al Tribunal.

PHONE, CELL, PAGER OR OTHER PHONE NUMBER TO REACH APPLICANT: _____

TELÉFONO, CELULAR, PAGER U OTRO NÚMERO DE TELÉFONO PARA COMUNICARSE CON EL SOLICITANTE: _____

8. WHAT IS YOUR RELATIONSHIP TO THE RESPONDENT? _____

¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON LA PARTE DEMANDADA? _____

9. DO YOU BELIEVE THE RESPONDENT IS:

USTED CREE QUE LA PARTE DEMANDADA:

A. ADDICTED TO DRUGS, ALCOHOL AND/OR OTHER SUBSTANCES? _____ YES _____ NO

ES ADICTA A LAS DROGAS, AL ALCOHOL O A OTRAS SUSTANCIAS _____ SÍ _____ NO

B. MENTALLY ILL? _____ YES _____ NO

TIENE UNA ENFERMEDAD MENTAL _____ SÍ _____ NO

10. HOW LONG HAS THE RESPONDENT SHOWN SUCH BEHAVIOR? _____

¿DESDE CUÁNDO LA PARTE DEMANDADA SE HA ESTADO COMPORTANDO DE ESA MANERA?

11. IN YOUR OWN WORDS, PROVIDE ANY INFORMATION WHICH SUPPORTS YOUR BELIEF THAT THE RESPONDENT IS ADDICTED AND/OR MENTALLY ILL:

EN SUS PROPIAS PALABRAS, DÉ CUALQUIER INFORMACIÓN QUE APOYE SU CREENCIA DE QUE LA PARTE DEMANDADA ES ADICTA O TIENE UNA ENFERMEDAD MENTAL:

(Attach additional pages if necessary)

(Adjunte páginas adicionales si es necesario)

12. DO YOU BELIEVE THE RESPONDENT, **BECAUSE OF MENTAL ILLNESS OR ADDICTION**, IS LIKELY TO CAUSE SERIOUS HARM TO:
 USTED CREE QUE ES PROBABLE QUE LA PARTE DEMANDADA, **A CAUSA DE SU ENFERMEDAD MENTAL O ADICCION**

- A. HIM/HER SELF? _____ YES _____ NO
 SE DAÑE GRAVEMENTE A SÍ MISMA _____ SÍ _____ NO
- B. OTHER PEOPLE? _____ YES _____ NO
 DAÑE GRAVEMENTE A OTRAS PERSONAS _____ SÍ _____ NO

13. LIST ANY AND ALL RECENT ACTS WHICH SUPPORT YOUR BELIEF THAT THE RESPONDENT IS LIKELY TO CAUSE SERIOUS HARM TO HIM/HER SELF AND/OR OTHERS. **INCLUDE APPROXIMATE DATE(S) WHEN EACH ACT OCCURRED:**
 ESCRIBA TODOS LOS ACTOS RECIENTES EN LOS QUE SE ESTÉ BASANDO PARA CREEER QUE ES PROBABLE QUE LA PARTE DEMANDADA SE DAÑE GRAVEMENTE A SÍ MISMA O A OTRAS PERSONAS. **INCLUYA LAS FECHAS APROXIMADAS EN LAS QUE OCURRIÓ CADA ACTO:**

(Attach additional pages if necessary)
(Adjunte páginas adicionales si es necesario)

- A. IS RESPONDENT A SUICIDE RISK? _____ YES _____ NO _____ UNKNOWN
 ¿CORRE EL MENOR RIESGO DE SUICIDARSE? _____ SÍ _____ NO _____ NO LO SÉ
- IF YES, EXPLAIN:
 SI RESPONDIÓ "SÍ", EXPLIQUE:

- B. IS RESPONDENT VIOLENT? _____ YES _____ NO _____ UNKNOWN
 ¿ES LA PARTE DEMANDADA VIOLENTA? _____ SÍ _____ NO _____ NO LO SÉ
- IF YES, EXPLAIN:
 SI RESPONDIÓ "SÍ", EXPLIQUE:

- C. IS RESPONDENT IN POSSESSION OF WEAPONS? _____ YES _____ NO _____ UNKNOWN
 ¿TIENE LA PARTE DEMANDADA ARMAS? _____ SÍ _____ NO _____ NO LO SÉ
- IF YES, IDENTIFY WEAPON(S), INCLUDING ALL FIREARMS:
 SI RESPONDIÓ "SÍ", IDENTIFIQUE LAS ARMAS, INCLUYENDO TODAS LAS ARMAS DE FUEGO:

14. LIST THE NAMES AND ADDRESSES OF OTHER PERSONS WHO HAVE SEEN THE BEHAVIOR OR CONDITION OF THE RESPONDENT:
ESCRIBA EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DE OTRAS PERSONAS QUE HAYAN VISTO LA CONDUCTA O LA CONDICIÓN DE LA PARTE DEMANDADA:

IF YOU WANT THESE PEOPLE TO APPEAR AT HEARING ON THIS APPLICATION, **YOU** MUST CONTACT THEM DIRECTLY. SI QUIERE QUE ESTAS PERSONAS COMPAREZCAN EN LA AUDIENCIA SOBRE ESTA SOLICITUD, **USTED** DEBERÁ COMUNICARSE CON ELLAS DIRECTAMENTE.

15. IS THE RESPONDENT CURRENTLY HOSPITALIZED? _____ YES _____ NO
¿ESTÁ LA PARTE DEMANDADA HOSPITALIZADA ACTUALMENTE? _____ SÍ _____ NO

IF **YES**, STATE WHERE HOSPITALIZED AND EXPECTED LENGTH OF STAY IN HOSPITAL:

SI RESPONDIÓ **“SÍ”**, ESCRIBA DÓNDE ESTÁ HOSPITALIZADO Y LA DURACIÓN PREVISTA DE LA ESTANCIA:

16. HAS THE RESPONDENT BEEN UNDER THE RECENT CARE OF A PHYSICIAN? _____ YES _____ NO
¿HA ESTADO LA PARTE DEMANDADA BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO RECIENTEMENTE? _____ SÍ _____ NO

IF **YES**, STATE PHYSICIAN'S NAME, ADDRESS, AND PHONE NUMBER:

SI RESPONDIÓ **“SÍ”**, ESCRIBA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO:

17. IS THE RESPONDENT IN NEED OF MEDICAL CARE FOR ANY PHYSICAL CONDITION OR DISEASE? _____ YES _____ NO
¿NECESITA LA PARTE DEMANDADA ATENCIÓN MÉDICA POR ALGUNA CONDICIÓN FÍSICA O ENFERMEDAD? _____ SÍ _____ NO

IF **YES**, DESCRIBE THE CONDITION/DISEASE:

SI RESPONDIÓ **“SÍ”**, DESCRIBA LA CONDICIÓN/ENFERMEDAD:

18. IS THE RESPONDENT TAKING ANY MEDICATIONS? _____ YES _____ NO
¿TOMA LA PARTE DEMANDADA ALGÚN MEDICAMENTO? _____ SÍ _____ NO

IF **YES**, LIST THE MEDICATIONS AND DOSAGE:

SI RESPONDIÓ **“SÍ”**, ESCRIBA LOS MEDICAMENTOS Y LAS DOSIS:

19. DOES THE RESPONDENT NEED MEDICAL CARE, TREATMENT, OR HOSPITALIZATION THAT WOULD PREVENT EXAMINATION BY A MENTAL HEALTH PROFESSIONAL OR COURT APPEARANCE?
¿NECESITA LA PARTE DEMANDADA ATENCIÓN MÉDICA, TRATAMIENTO U HOSPITALIZACIÓN QUE IMPEDIRÍAN EL EXAMEN POR PARTE DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD MENTAL O LA COMPARECENCIA ANTE EL TRIBUNAL?

A. IMMEDIATELY? _____ YES _____ NO

¿INMEDIATAMENTE? _____ SÍ _____ NO

B. WITHIN THE NEXT 24 HOURS? _____ YES _____ NO

¿EN LAS PRÓXIMAS 24 HORAS? _____ SÍ _____ NO

20. HAS THE RESPONDENT BEEN EXAMINED BY A PSYCHIATRIST OR PSYCHOLOGIST? _____ YES _____ NO

¿HA EXAMINADO A LA PARTE DEMANDADA UN PSIQUIATRA O UN PSICÓLOGO? _____ SÍ _____ NO

IF YES, STATE PSYCHIATRIST'S OR PSYCHOLOGIST'S NAME, ADDRESS, AND DATE OF LAST EXAMINATION:

SI RESPONDIÓ "SÍ", ESCRIBA EL NOMBRE DEL PSIQUIATRA O PSICÓLOGO, SU DIRECCIÓN Y LA FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN:

21. HAS THE RESPONDENT EVER BEEN DIAGNOSED WITH MENTAL RETARDATION? _____ YES _____ NO

¿ALGUNA VEZ SE LE HA DIAGNOSTICADO A LA PARTE DEMANDADA UN RETRASO MENTAL? _____ SÍ _____ NO

22. HAS THE RESPONDENT EVER BEEN CONFINED IN A HOSPITAL FOR MENTAL ILLNESS OR ADDICTION?

_____ YES _____ NO

¿ALGUNA VEZ SE HA HOSPITALIZADO A LA PARTE DEMANDADA POR UNA ENFERMEDAD MENTAL O UNA ADICCIÓN?

_____ SÍ _____ NO

IF YES, STATE THE REASON FOR HOSPITALIZATION, THE FACILITY IN WHICH THE RESPONDENT WAS HOSPITALIZED, AND THE DATE (S) OF HOSPITALIZATION:

SI RESPONDIÓ "SÍ", ESCRIBA EL MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN, EL CENTRO EN QUE ESTUVO HOSPITALIZADA Y LAS FECHAS DE HOSPITALIZACIÓN:

23. NOTICE INFORMATION - **YOU MUST COMPLETE THIS SECTION:**

INFORMACIÓN PARA NOTIFICACIONES - **DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN:**

A. Respondent's Spouse:

Cónyuge de la Parte demandada:

Name / Nombre

Address / Dirección

City, State, Zip / Ciudad, estado, código postal

Telephone / Teléfono

B. Respondent's Parents/Guardians:

Padres/tutores de la Parte demandada:

Name (s) / Nombres

Address / Dirección

City, State, Zip / Ciudad, estado, código postal

Telephone / Teléfono

C. Respondent's Next-of-Kin:

Pariente más cercano de la Parte demandada:

Name / Nombre

Address / Dirección

City, State, Zip / Ciudad, estado, código postal

Telephone / Teléfono

24. _____ [initial] THE NAMED RESPONDENT HAS BEEN OFFERED VOLUNTARY TREATMENT, BUT HAS EITHER REFUSED VOLUNTARY HOSPITALIZATION AND/OR TREATMENT, OR IS IN A MENTAL OR MEDICAL CONDITION PRECLUDING HIS OR HER ABILITY TO CONSENT TO VOLUNTARY HOSPITALIZATION AND/OR TREATMENT.

_____ [iniciales] A LA PARTE DEMANDADA MENCIONADA SE LE HA OFRECIDO UN TRATAMIENTO VOLUNTARIO, PERO HA RECHAZADO LA HOSPITALIZACIÓN O EL TRATAMIENTO VOLUNTARIOS O SU ESTADO MENTAL O MÉDICO LE IMPIDE DAR SU CONSENTIMIENTO PARA LA HOSPITALIZACIÓN O EL TRATAMIENTO VOLUNTARIOS.

WARNING:

If involuntarily committed, the person against whom you are filing this application, will be:

- (1) prohibited from possessing and receiving firearms and ammunition, in some cases for his or her entire life,
- (2) required to immediately surrender ANY firearms owned or in his or her possession,
- (3) if committed for treatment of mental illness, reported to both federal and state database registries used for firearm purchases and permits/licenses to carry concealed weapons, and
- (4) subject to future criminal charges for possession or receipt of firearms or ammunition. Conviction in West Virginia can result in a fine up to \$1,000.00 or jail time of up to one year. Federal conviction is a FELONY and can result in fines and jail time up to TEN years. (See, W.Va. Code § 61-7-7 and 18 U.S.C.A. § 924(a)(2))

Persons seeking **voluntary** admission for treatment, who have NOT been involuntarily committed, are NOT subject to these prohibitions and requirements.

ADVERTENCIA:

En caso de internamiento involuntario, la persona para la que está presentando esta solicitud:

- (1) tendrá prohibido tener y recibir armas de fuego y municiones, en algunos casos, durante toda su vida.
- (2) deberá entregar inmediatamente TODA arma de fuego de la que sea dueño o que tenga en su poder;
- (3) si lo ingresan para que reciba tratamiento por una enfermedad mental, se reportará a los registros de bases de datos federales y estatales que se usan para la compra de armas de fuego y para los permisos/licencias para portar armas ocultas; y
- (4) estará sujeta a futuros cargos penales por tenencia o recepción de armas de fuego o municiones. La condena en Virginia Occidental puede dar lugar a una multa de hasta \$1,000.00 o al encarcelamiento por hasta un año. Una condena federal es un DELITO GRAVE y puede dar lugar a multas y encarcelamiento por hasta DIEZ años. (Consulte el Código de Virginia Occidental § 61-7-7 y 18 U.S.C.A. § 924(a)(2))

Las personas que pidan el ingreso **voluntario** para tratamiento, a las que NO se haya ingresado involuntariamente, NO estarán sujetas a estas prohibiciones y requisitos.

I, _____, the Applicant, do hereby certify that I truly believe that the Respondent, _____ is

[print YOUR name here]

[print RESPONDENT'S name here]

[check applicable category(s)] _____ addicted and/or _____ mentally ill and because of **mental illness or addiction** is likely to cause serious harm to him/her self and/or others if allowed to remain at liberty, and should, therefore, be taken into custody for examination and treatment. I therefore petition that the Respondent be brought before the Court in order that the Court may determine what further actions, if any, are warranted according to the provisions of the **West Virginia Code**. § 27- 5-2.

Yo, _____, el Solicitante, por medio del presente, certifico que realmente creo que la Parte demandada, _____, es

[escriba aquí en letra de molde SU nombre]

[escriba aquí en letra de molde el nombre de la PARTE DEMANDADA]

[marque las categorías que correspondan] _____ es adicta _____ o tiene una enfermedad mental y que, a causa de la **enfermedad mental o la adicción**, es probable que se dañe gravemente a sí misma o a otras personas si se permite que permanezca en libertad, y, por lo tanto, se debe poner bajo custodia para hacerle un examen y darle tratamiento. Por lo tanto, solicito que se presente a la Parte demandada ante el Tribunal para que dicho Tribunal pueda determinar qué otras medidas, si hay, se justifican de acuerdo con las disposiciones del **Código de Virginia Occidental**. § 27- 5-2.

I understand that **MALICIOUS MAKING OF AN APPLICATION** to any circuit court or mental hygiene commissioner for the purpose of having another person declared mentally ill or an inebriate **IS A CRIME** and can result in fine or imprisonment up to one year, or both as provided in **West Virginia Code**. § 27-12-1.

Entiendo que la **PRESENTACIÓN MALICIOSA DE UNA SOLICITUD** ante cualquier tribunal de circuito o comisionado de salud mental con el fin de que se declare que otra persona tiene una enfermedad mental o está ebria **ES UN DELITO** y puede dar lugar a una multa o a una pena de prisión de hasta un año, o las dos cosas, según lo dispone el **Código de Virginia Occidental**. § 27-12-1.

I further certify, **UNDER PENALTIES OF FALSE SWEARING** as provided by law, that the information, statements and allegations contained in this Petition and Application are true and accurate to the best of my knowledge, information and belief and constitute the sole basis and reasons for the making of this application. I understand that if I knowingly provide **FALSE** information in the application, I could be subject to a criminal charge of false swearing.

Además, certifico, **BAJO PENA DE PERJURIO** , tal como establece la ley, que la información, las declaraciones y los alegatos que contiene esta Petición y Solicitud son verdaderos y exactos según mi leal saber y entender, y que constituyen el único fundamento y razón para presentar esta solicitud. Entiendo que si doy a sabiendas información **FALSA** en la solicitud, podría ser objeto de una acusación penal por perjurio.

[NOTE: APPLICATION MUST BE MADE UNDER OATH/NOTARIZED OR WILL BE DENIED]
[NOTA: LA SOLICITUD DEBE HACERSE BAJO JURAMENTO/ESTAR NOTARIZADA, O SE DENEGARÁ]

DATE: _____

APPLICANT'S SIGNATURE

FECHA: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

The foregoing Petition and Application was subscribed and sworn to or affirmed before the undersigned authority
this _____ day of _____, _____.

[month] *[year]*

La Petición y Solicitud que antecede se suscribió y juró o se confirmó ante la autoridad que la suscribe a los _____
días del mes de _____, _____.

[mes] *[año]*

[if notary - affix Notarial Seal]

NOTARY PUBLIC/ CIRCUIT CLERK

***[si la suscribe un notario, se debe
poner el sello notarial]***

NOTARIO PÚBLICO/SECRETARIO DEL CIRCUITO

My Commission Expires: _____

Mi nombramiento vence: _____

IMPORTANT INFORMATION TO APPLICANTS with Form INV 1 (Former 901) Application for Involuntary Custody for Mental Health Examination
INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES con el Formulario INV 1 (antes, 901), Solicitud de custodia involuntaria para examen de salud mental

☐☐☐ **Have you sought crisis intervention services from your local mental health facility?** Your local or regional mental health facility may be able to assist in resolving a mental health or addiction problem without the necessity of court intervention. The office of the circuit clerk at your local courthouse and the county sheriff can provide you information on how to contact the mental health facility serving your area, or you can check your local listings.
HAS VOLUNTARY TREATMENT BEEN SOUGHT?

☐☐☐ **¿Ha intentado obtener servicios de intervención para casos de crisis en el centro de salud mental de su zona?** Es posible que su centro de salud mental local o regional pueda ayudar a resolver un problema de salud mental o de adicciones sin necesidad de intervención del tribunal. La oficina del secretario del circuito de su tribunal local y el sheriff del condado pueden darle información sobre cómo comunicarse con el centro de salud mental que presta servicio en su zona, o puede consultar los listados locales.
¿SE HA INTENTADO OBTENER TRATAMIENTO VOLUNTARIO?

...is there someone who can help me with the Application form?
¿Hay alguien que pueda ayudarme con el formulario de Solicitud?

If I have trouble reading, is there someone who can help me with the form?

Yes, you can ask someone at the regional mental health facility or the office of the circuit clerk to read the form to you. In some areas the offices of the prosecutor or local law enforcement may have someone willing to help you. You may take the form with you to complete and get a friend to read it to you. If time permits you may contact your local library for help. The library has volunteer readers provided by the West Virginia Literacy Commission.

Si tengo dificultades para leer, ¿hay alguien que pueda ayudarme con el formulario?

Sí, puede pedirle a alguien del centro regional de salud mental o de la oficina del secretario del circuito que le lea el formulario. En algunas zonas, es posible que la fiscalía o las oficinas de las fuerzas del orden locales tengan a alguien dispuesto a ayudarlo. Puede llevar el formulario para completarlo y pedirle a un amigo que se lo lea. Si el tiempo lo permite, puede pedir ayuda en la biblioteca de su zona. La biblioteca tiene lectores voluntarios de la Comisión de Alfabetización de Virginia Occidental (West Virginia Literacy Commission).

If I have trouble writing, can someone help me fill in the form?

Yes, if you are unable to fill in the form yourself, you may ask someone else to write in the words for you. Ask to have what was written for you read back word-for-word and make any changes you desire before you sign the form before a notary.



Si tengo dificultades para escribir, ¿puede alguien ayudarme a completar el formulario?

Sí, si no puede completar el formulario usted mismo, puede pedirle a otra persona que escriba las palabras por usted. Pida que le lean palabra por palabra lo que le hayan escrito y haga los cambios que quiera antes de firmar el formulario ante un notario.

What should I put on the form?

You should answer each question on the form completely, truthfully, and in your own words. Only you know whether the information on the form is correct or complete. Remember, providing the court more information is better than not providing enough.

¿Qué debo poner en el formulario?

Debe responder cada pregunta del formulario de manera completa, veraz y con sus propias palabras. Solo usted sabe si la información del formulario es correcta o si está completa. Recuerde que darle más información al tribunal es mejor que no dar la suficiente.

WARNING:

If involuntarily committed, the person against whom you are filing this application, will be:

- (1) prohibited from possessing and receiving firearms and ammunition, in some cases for his or her entire life,
- (2) required to immediately surrender ANY firearms owned or in his or her possession,
- (3) if committed for treatment of mental illness, reported to both federal and state database registries used for firearm purchases and permits/licenses to carry concealed weapons, and
- (4) subject to criminal charges for possession or receipt of firearms or ammunition. Conviction in West Virginia can result in a fine up to \$1,000.00 or jail time of up to one year. Federal conviction is a FELONY and can result in fines and jail time up to TEN years.

Persons seeking voluntary admission for treatment, who have NOT been involuntarily committed, are NOT subject to the above prohibitions.

ADVERTENCIA:

En caso de internamiento involuntario, la persona para la que está presentando esta solicitud:

- (1) tendrá prohibido tener y recibir armas de fuego y municiones, en algunos casos, durante toda su vida.
- (2) deberá entregar inmediatamente TODA arma de fuego de la que sea dueño o que tenga en su poder;
- (3) si lo ingresan para que reciba tratamiento por una enfermedad mental, se reportará a los registros de bases de datos federales y estatales que se usan para la compra de armas de fuego y para los permisos/licencias para portar armas ocultas; y
- (4) estará sujeta a cargos penales por tenencia o recepción de armas de fuego o municiones. La condena en Virginia Occidental puede dar lugar a una multa de hasta \$1,000.00 o al encarcelamiento por hasta un año. Una condena federal es un DELITO GRAVE y puede dar lugar a multas y encarcelamiento por hasta DIEZ años.

Las personas que pidan el ingreso voluntario para tratamiento, a las que NO se haya ingresado involuntariamente, NO estarán sujetas a las prohibiciones de arriba.

Can I add additional pages of information to the form?

Yes, if the space provided is not large enough, feel free to attach additional pages as needed.

¿Puedo agregar al formulario hojas adicionales de información?

Sí, si el espacio proporcionado no es suficiente, no dude en adjuntar las hojas adicionales que necesite.

Do I have to have the form notarized?

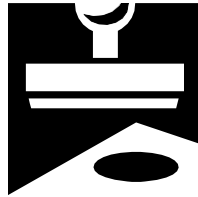
Yes. The application is required by law to be made under oath.

¿Debo notarizar el formulario?

Sí. Por ley, es obligatorio hacer la solicitud bajo juramento.

Where can I find a notary to notarize the form?

The office of the circuit clerk, most other offices in your county courthouse, public libraries, the regional mental health facility, the office of the county sheriff, offices of local law enforcement, local hospitals, local banks, and local law offices may have notaries on staff who would be willing to assist you. Call or check to verify availability. Some areas may also have notaries identified in local listings.



¿Dónde puedo encontrar un notario para que certifique el formulario?

La oficina del secretario del circuito, la mayoría de las oficinas del tribunal de su condado, las bibliotecas públicas, el centro regional de salud mental, la oficina del sheriff del condado, las oficinas de las fuerzas del orden, los hospitales, los bancos y los despachos jurídicos de su zona pueden tener notarios en plantilla que estarían dispuestos a ayudarlo. Llame o consulte para ver la disponibilidad. Algunas zonas también pueden tener notarios identificados en los listados locales.

Can I talk to the mental hygiene commissioner, judge, or magistrate about this case? Before I file the Application? Anytime outside of court?

No. The judicial officer talks with both parties to a case at the same time, and is required to decline to speak with you or others about the case, except for scheduling matters. The hearing, when all are present, is the proper place for you to speak with the judicial officer.

¿Puedo hablar de este caso con el comisario de salud mental, el juez o el magistrado? ¿Antes de presentar la Solicitud? ¿En cualquier momento fuera del tribunal?

No. El funcionario judicial habla con las dos partes de un caso al mismo tiempo y está obligado a negarse a hablar del caso con usted o con otras personas, excepto para cuestiones de programación. La audiencia, cuando todos están presentes, es el lugar adecuado para hablar con el funcionario judicial.

...what will happen after I file the Application form?

¿Qué ocurrirá después de que presente el formulario de Solicitud?

What will happen within the next 24 hours in most cases?

The application will be forwarded to a mental hygiene commissioner, circuit court judge or magistrate who will review it. The judicial officer will either deny it or enter an order to have the person to be examined taken into custody by the sheriff and examined by a physician or other mental health professional. If the examination does NOT reveal addiction or mental illness and likelihood to cause serious harm to self or others resulting from the mental illness or addiction, the individual will be released and the case dismissed. Otherwise, a probable cause hearing will be held before the judicial officer. In many cases the hearing will be held immediately after the examination. Make sure you are available and have provided information on the application where you can be immediately reached and notified as to where and when the hearing will take place.

¿Qué ocurrirá en las siguientes 24 horas en la mayoría de los casos?

La Solicitud se remitirá a un comisionado de salud mental, al juez del tribunal del circuito o a un magistrado que la revisará. El funcionario judicial la denegará o registrará una orden para que el sheriff ponga bajo custodia a la persona a la que se va a examinar y la examine un médico u otro profesional de la salud mental. Si el examen NO revela que la persona tiene una adicción o una enfermedad mental ni la probabilidad de que se dañe gravemente a sí misma o a otras personas como consecuencia de la enfermedad mental o de la adicción, la pondrán en libertad y se desestimaré el caso. De lo contrario, se celebrará una audiencia de causa probable ante el funcionario judicial. En muchos casos, la audiencia se celebrará inmediatamente después del examen. Asegúrese de estar disponible y de haber dado información de contacto en la solicitud para que puedan comunicarse inmediatamente con usted e informarlo de dónde y cuándo se hará la audiencia.

What will happen at the probable cause hearing?



What occurs at the hearing may vary, but generally the proceeding will be less formal than most courtrooms. The judicial officer will call upon you to testify. You should be prepared to present and explain what occurred which led you to file the application and the facts you put in the application, especially those which indicate the individual (now called a Respondent) is more likely than not mentally ill or addicted and likely to cause serious harm to self or others. You will also need to bring with you any other evidence or witnesses you want to present. The Respondent will also be present and have an appointed attorney. You and any witnesses you may call to testify may be asked questions by Respondent's attorney and the judicial officer. You may also ask questions of the Respondent, if he or she testifies, and any other persons testifying for the Respondent. You may question the physician or mental health professional who testifies about the examination made of the Respondent. The judicial officer will make a decision at the end of the hearing.

¿Qué ocurrirá en la audiencia de causa probable?



Lo que ocurra en la audiencia puede variar, pero, normalmente, el procedimiento es menos formal que en la mayoría de los tribunales. El funcionario judicial lo llamará a declarar. Debe estar preparado para presentar y explicar qué ocurrió que lo llevó a presentar la solicitud y los hechos que puso en la solicitud, especialmente los que indiquen que la persona (ahora llamada "Parte demandada") muy probablemente tenga una enfermedad mental o una adicción y pueda dañarse gravemente a sí misma o a otras personas. También tendrá que traer cualquier otra prueba o testigo que quiera presentar. La Parte demandada también estará presente y tendrá un abogado designado. El abogado de la Parte demandada y el funcionario judicial podrán hacerles preguntas a usted y a los testigos que usted llame a declarar. Usted también podrá hacerles preguntas a la Parte demandada, si testifica, y a cualquier otra persona que testifique a favor de la Parte demandada. Puede hacerles preguntas al médico o al profesional de la salud mental que testifiquen sobre el examen que se le hizo a la Parte demandada. El funcionario judicial tomará una decisión al final de la audiencia.

Does the individual being examined (Respondent) have to testify at the hearing?

No, he or she has the right to remain silent.

¿Tiene que declarar en la audiencia la persona examinada (Parte demandada)?

No, tiene derecho a guardar silencio.

Why does the Respondent get an appointed attorney at the hearing?

It is the liberty interests of the Respondent at stake. The Respondent may be forced into treatment in a locked facility against his or her will.

¿Por qué la Parte demandada tiene un abogado designado en la audiencia?

Lo que está en juego es la libertad de la Parte demandada. Pueden obligarla a someterse a un tratamiento en un centro bajo llave, contra su voluntad.

Do I get a lawyer?

The prosecuting attorney or his or her assistant MAY appear at the probable cause hearing, IF the prosecutor deems it in the public interest to be at the hearing. You are not required to have a lawyer at the first hearing. You may contact your local prosecutor if you believe it is in the public interest for an attorney from that office to appear at the probable cause hearing, and wish to discuss this with the prosecutor.



¿Tendré yo un abogado?

El fiscal o su asistente PUEDEN comparecer en la audiencia de causa probable SI el fiscal considera que es de interés público hacerlo. Usted no está obligado a tener un abogado en la primera audiencia. Puede comunicarse con el fiscal de su zona si cree que es de interés público que un abogado de esa oficina comparezca en la audiencia de causa probable y quiere hablarlo con el fiscal.

Can I request a delay of the probable cause hearing?

No, only the Respondent has a right to request the hearing be postponed up to 48 hours.

¿Puedo pedir que se retrase la audiencia de causa probable?

No, solo la Parte demandada tiene derecho a pedir que la audiencia se posponga hasta 48 horas.

What happens if the judge makes a finding of probable cause at the hearing?

The Respondent will either be placed in a mental health or addiction treatment facility for inpatient treatment for up to a maximum of 30 days before another hearing is held, or may be released immediately or later for outpatient treatment by an agreement for treatment called a Voluntary Treatment Agreement.

¿Qué sucede si el juez determina que hay causa probable en la audiencia?

Se ingresará a la Parte demandada en un centro de salud mental o de tratamiento de adicciones para que reciba tratamiento como paciente hospitalizado durante un máximo de 30 días antes de que se celebre otra audiencia, o podrá ponerse en libertad inmediatamente o más tarde para que reciba tratamiento ambulatorio mediante un acuerdo denominado "Acuerdo de tratamiento voluntario".

Can I or the Respondent pick the treatment facility?

No, unless the Respondent enters into a Voluntary Treatment Agreement approved by the Court. Admission for involuntary inpatient treatment can be in facilities throughout the state, depending upon bed space available and the type of treatment needed, including the state psychiatric hospitals in Weston or Huntington. The Respondent will not necessarily be treated in the local community or near home, and will generally be placed at the first available appropriate facility.

¿Podemos la Parte demandada o yo elegir el centro de tratamiento?

No, a menos que la Parte demandada celebre un Acuerdo de tratamiento voluntario aprobado por el Tribunal. La admisión para el tratamiento involuntario como paciente ingresado puede hacerse en centros de todo el estado, dependiendo de las camas disponibles y del tipo de tratamiento necesario, incluyendo los hospitales psiquiátricos estatales en Weston o Huntington. No necesariamente se tratará a la Parte demandada en la comunidad local ni cerca de casa, y, normalmente, la ingresarán en el primer centro adecuado disponible.



How long will the Respondent be hospitalized?

That varies considerably, but is usually very short for inpatient stays. Few Respondents are hospitalized more than a few days. The mental health facility may release the Respondent on convalescent status or as unimproved in certain circumstances. The facility is required to release the Respondent when the individual can no longer benefit from hospitalization or the conditions justifying commitment no longer exist. Voluntary Treatment Agreements for outpatient treatment can last for longer periods of time, but not all Respondents will agree to or can be released to a Voluntary Treatment Agreement. Long-term involuntary inpatient treatment is NOT ordered except where there is a second hearing, called a final commitment hearing, which must be requested by the mental health facility. Few cases ever reach a second hearing. The maximum

inpatient stay is 15 days unless a request is made by the mental health facility for a final commitment hearing. Involuntary hospitalization is available to protect the community and to protect the individual during crisis periods when the individual is not complying with voluntary treatment; it is not a substitute for needed voluntary community based treatment.

¿Cuánto tiempo estará hospitalizada la Parte demandada?

Esto varía considerablemente, pero suele ser muy breve en el caso de las estancias como paciente ingresado. Es muy poco frecuente que la Parte Demandada permanezca ingresada durante más de unos pocos días. El centro de salud mental puede darle el alta a la Parte demandada en estado de "convalecencia" o "sin mejoras" en determinadas circunstancias. El centro está obligado a darle el alta a la Parte demandada cuando la persona ya no pueda beneficiarse de la hospitalización o cuando ya no se den las condiciones que justifiquen el ingreso. Los Acuerdos de tratamiento voluntario para pacientes ambulatorios pueden durar más tiempo, pero no todas las Partes demandadas aceptan este tipo de acuerdo ni se pueden poner en libertad por firmar uno. NO se ordena un tratamiento involuntario de larga duración como paciente ingresado salvo que se haga una segunda audiencia, llamada audiencia final de internamiento, y es el centro de salud mental el que debe solicitarla. Pocos casos llegan a una segunda audiencia. La estancia máxima como paciente ingresado es de 15 días, a menos que el centro de salud mental solicite una audiencia final de internamiento. La hospitalización involuntaria existe para proteger a la comunidad y a la persona durante los períodos de crisis en los que la persona no cumple el tratamiento voluntario; no sustituye al tratamiento voluntario necesario basado en la comunidad.

Is the hospitalization and treatment free of cost?

NO! Under West Virginia law the patient may be billed for the costs of treatment. Any insurance of the patient may be billed. The estate of the patient may be billed if deceased or if the patient has a committee or guardian/conservator. If that is insufficient, then the patient's wife or husband may be billed. If the patient is a child, the father and mother may be billed. Inpatient treatment is very expensive, so billings for involuntary treatment can be quite costly.

¿Son la hospitalización y el tratamiento gratuitos?

¡NO! Según la ley de Virginia Occidental, es posible que le facturen al paciente los costos del tratamiento. Se puede enviar la factura a los seguros que tenga el paciente. Se puede enviar la factura al patrimonio del paciente si ha fallecido o si tiene un comité o un tutor/guardián. Si eso no es suficiente, se le puede enviar la factura al cónyuge del paciente. Si el paciente es un niño, se les puede enviar la factura a los padres. El tratamiento como paciente ingresado es muy caro, por lo que las facturas del tratamiento involuntario pueden ser bastante altas.

...where can I find out more information on my own?

The statutory law on involuntary hospitalization is found in W.Va. Code Chapter 27, Article 5. Helpful definitions are also found in W.Va. Code Chapter 27, Article 1. The West Virginia Supreme Court Law Library has books for research, computers to use, and law librarians that can help you, located in Charleston, WV, phone # 304-558-2607. The Court's library website is: <http://www.courtswv.gov/public-resources/law-library/law-library-home.html>. Be sure to check that any information you obtain is up to date.

¿Dónde puedo encontrar más información por mi cuenta?

La ley sobre hospitalización involuntaria está en el Código de Virginia Occidental, capítulo 27, artículo 5. El Código de Virginia Occidental también tiene definiciones útiles en el capítulo 27, artículo 1. La Biblioteca jurídica de la Corte Suprema de Virginia Occidental (West Virginia Supreme Court Law Library) tiene libros para investigar, computadoras para usar, y bibliotecarios especialistas en derecho que pueden ayudarlo; está en Charleston, WV, teléfono 304-558-2607. El sitio web de la biblioteca de la Corte Suprema es: <http://www.courtswv.gov/public-resources/law-library/law-library-home.html>. Asegúrese de que la información que obtenga esté actualizada.

APPLICANT, REMOVE THIS INFORMATION SHEET (last three pages 6, 7, & 8) FROM APPLICATION AND KEEP FOR YOUR REFERENCE!
SOLICITANTE, QUITE ESTA HOJA INFORMATIVA (tres últimas páginas, 6, 7 y 8) DE LA SOLICITUD Y GUÁRDELA COMO REFERENCIA.