

COUNTY:

CONDADO:

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

IN RE: The Involuntary Hospitalization of:  
ASUNTO: La hospitalización involuntaria de:

Case No.: \_\_\_\_\_ -MH -

Caso n.º: \_\_\_\_\_ -MH -

Date: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

RESPONDENT (NAME OF PATIENT)  
PARTE DEMANDADA (NOMBRE DEL PACIENTE)

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 OF MINOR**  
*[West Virginia Code: § 27-5-2 & § 27-4-1(d)]*  
**SOLICITUD DE CUSTODIA INVOLUNTARIA PARA  
EXAMEN DE SALUD MENTAL DE UN MENOR**  
*[Código de Virginia Occidental: § 27-5-2 y § 27-4-1(d)]*

**DO NOT USE THIS FORM IF THE PERSON TO BE EXAMINED IS:  
NO USE ESTE FORMULARIO SI LA PERSONA A LA QUE SE VA A EXAMINAR:**

**\* INCARCERATED IN A JAIL, PRISON, OR OTHER CORRECTIONAL FACILITY [USE FORM INV 2 / 901C], OR**

**\* ESTÁ EN LA CÁRCEL, EN PRISIÓN O EN OTRO CENTRO CORRECCIONAL [USE EL FORMULARIO INV 2/901C], O**

**\* UNDER THE AGE OF 14 [INVOLUNTARY COMMITMENT UNNECESSARY AS SUBJECT TO VOLUNTARY COMMITMENT BY PARENT(S) OR GUARDIAN, See, West Virginia Code § 27-4-1(B)], OR**

**\* ES MENOR DE 14 AÑOS [EL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO NO ES NECESARIO POR ESTAR SUJETO AL INTERNAMIENTO VOLUNTARIO POR PARTE DE LOS PADRES O EL TUTOR, consultar el Código de Virginia Occidental § 27-4-1(B)], O**

**\* UNDER THE AGE OF 18 AND DOES NOT OBJECT TO FURTHER VOLUNTARY TREATMENT [INVOLUNTARY COMMITMENT UNNECESSARY AS SUBJECT TO VOLUNTARY COMMITMENT BY PARENT(S) OR GUARDIAN OR SELF EMANCIPATED MINOR, See, West Virginia Code § 27-4-1(B)].**

**\* ES MENOR DE 18 AÑOS Y NO SE OPONE A SEGUIR RECIBIENDO TRATAMIENTO VOLUNTARIAMENTE [EL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO NO ES NECESARIO POR ESTAR SUJETO AL INTERNAMIENTO VOLUNTARIO POR PARTE DE LOS PADRES O EL TUTOR, O POR SER UN MENOR EMANCIPADO, consultar el Código de Virginia Occidental § 27-4-1(B)].**

PRINT / IMPRIMIR

**INSTRUCTIONS TO CHIEF MEDICAL OFFICER OF MENTAL HEALTH FACILITY:**  
**INSTRUCCIONES PARA EL DIRECTOR MÉDICO DEL CENTRO DE SALUD MENTAL:**

- A. Only the chief Medical Officer of the mental health facility in which a juvenile has been first voluntarily admitted for the 96 hour period as defined in *West Virginia Code § 27-4-1* may file for involuntary hospitalization of a minor who is 14 years of age or older and objects to voluntary treatment.  
Únicamente el director médico del centro de salud mental en el que se haya ingresado voluntariamente por primera vez a un menor durante el período de 96 horas definido en el *Código de Virginia Occidental § 27-4-1* puede solicitar la hospitalización involuntaria de un menor que tenga 14 años o más y se oponga al tratamiento voluntario.
- 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 or MINOR is the person whose examination is requested.  
En este documento, la PARTE DEMANDADA o el MENOR es la persona para la que se solicita el examen.

1. FULL NAME OF MINOR TO BE EXAMINED [**RESPONDENT**]: \_\_\_\_\_

Identification Information of Respondent: DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_ ; WEIGHT \_\_\_\_\_ ;  
 HAIR COLOR \_\_\_\_\_ ; HAIR LENGTH \_\_\_\_\_ ;  
 GENDER \_\_\_\_\_ ; HEIGHT \_\_\_\_\_ ;  
 EYE COLOR \_\_\_\_\_ ; RACE \_\_\_\_\_ .

NOMBRE COMPLETO DEL MENOR AL QUE SE EXAMINARÁ [**PARTE DEMANDADA**]: \_\_\_\_\_

Datos de identificación de la Parte demandada: FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ ; PESO \_\_\_\_\_ ;  
 COLOR DE PELO \_\_\_\_\_ ; LARGO DEL PELO \_\_\_\_\_ ;  
 SEXO: \_\_\_\_\_ ; ALTURA \_\_\_\_\_ ;  
 COLOR DE OJOS \_\_\_\_\_ ; RAZA \_\_\_\_\_ .

Case No.:  -MH -

Caso n.º: -MH -

2. MINOR'S LAST KNOWN ADDRESS: \_\_\_\_\_

ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA DEL MENOR: \_\_\_\_\_

MINOR'S TELEPHONE NUMBER: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DEL MENOR: \_\_\_\_\_

TELEPHONE NUMBER(S) OF MINOR'S CUSTODIAL PARENT(S) OR GUARDIAN: \_\_\_\_\_

NÚMEROS DE TELÉFONO DEL PADRE O DE LA MADRE QUE TIENEN LA CUSTODIA DEL MENOR O DEL TUTOR: \_\_\_\_\_

3. PLACE OF BIRTH [state or country] \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO [estado o país] \_\_\_\_\_

4. WHERE IS MINOR NOW? PROVIDE NAME AND ADDRESS OF MENTAL HEALTH FACILITY WHERE MINOR IS BEING HELD PENDING THIS APPLICATION OR OTHER PRESENT LOCATION:

¿DÓNDE ESTÁ EL MENOR EN ESTE MOMENTO? DÉ EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DONDE ESTÁ INGRESADO EL MENOR A LA ESPERA DE ESTA SOLICITUD, O DE OTRO LUGAR EN EL QUE ESTÉ:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TELEPHONE NUMBER OF MENTAL HEALTH FACILITY: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DEL CENTRO DE SALUD MENTAL: \_\_\_\_\_

5. THE MINOR IS:

EL MENOR 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 CHIEF MEDICAL OFFICER'S FULL NAME \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL DIRECTOR MÉDICO SOLICITANTE \_\_\_\_\_

7. APPLICANT CHIEF MEDICAL OFFICER'S MAILING ADDRESS: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL DEL DIRECTOR MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

WORK TELEPHONE NUMBER OF APPLICANT CHIEF MEDICAL OFFICER: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO DEL DIRECTOR MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

[ ]

Case No.:                   -MH -                  

Caso n.º:                   -MH -                  

**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. FAILURE OF FACT WITNESSES WITH FIRSTHAND KNOWLEDGE OF THE MINOR’S CONDITION AND BEHAVIOR TO APPEAR AT THE HEARING MAY RESULT IN THE APPLICATION BEING DISMISSED AND THE MINOR BEING RELEASED.** If you do not want to minor to have this information, you may supply the information separately to the Court.

**POR FAVOR INDIQUE LA 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 LOS TESTIGOS DE LOS HECHOS CON CONOCIMIENTO DE PRIMERA MANO DE LA CONDICIÓN Y LA CONDUCTA DEL MENOR NO COMPARECEN EN LA AUDIENCIA, SE PODRÁ DESESTIMAR LA SOLICITUD Y DEJAR AL MENOR EN LIBERTAD.** Si no quiere que el menor tenga esta información, puede dársela por separado al Tribunal.

PHONE, CELL, PAGER OR OTHER PHONE NUMBER TO REACH CHIEF MEDICAL OFFICER: \_\_\_\_\_

TELÉFONO, CELULAR, PAGER U OTRO NÚMERO DE TELÉFONO PARA COMUNICARSE CON EL DIRECTOR MÉDICO: \_\_\_\_\_

8. 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 |

9. HOW LONG HAS THE RESPONDENT SHOWN SUCH BEHAVIOR? \_\_\_\_\_

¿DESDE CUÁNDO LA PARTE DEMANDADA SE HA ESTADO \_\_\_\_\_

COMPORTANDO DE ESA MANERA? \_\_\_\_\_

P  
R  
I  
N  
T  
/  
I  
M  
P  
R  
I  
M  
I  
R

P  
R  
I  
N  
T  
/  
I  
M  
P  
R  
I  
M  
I  
R

P  
R  
I  
N  
T  
/  
I  
M  
P  
R  
I  
M  
I  
R

10. 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]*

11. DO YOU BELIEVE THE MINOR, **BECAUSE OF MENTAL ILLNESS OR ADDICTION**, IS LIKELY TO CAUSE SERIOUS HARM TO:

USTED CREE QUE SEA PROBABLE QUE EL MENOR, **A CAUSA DE SU ENFERMEDAD MENTAL O ADICCIÓN**, CAUSE UN DAÑO SEVERO

A. HIM/HER SELF?	YES	NO
A SÍ MISMO	SÍ	NO
B. OTHER PEOPLE?	YES	NO
A OTRAS PERSONAS	SÍ	NO

12. LIST ANY AND ALL RECENT ACTS WHICH SUPPORT YOUR BELIEF THAT THE MINOR 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 CREER QUE ES PROBABLE QUE EL MENOR SE DAÑE GRAVEMENTE A SÍ MISMO 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 MINOR A SUICIDE RISK? YES NO UNKNOWN  
IF YES, EXPLAIN: \_\_\_\_\_

¿CORRE EL MENOR RIESGO DE SUICIDARSE? SÍ NO NO LO SÉ  
SI RESPONDIÓ "SÍ", EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

B. IS MINOR VIOLENT? YES NO UNKNOWN  
IF YES, EXPLAIN: \_\_\_\_\_

¿ES EL MENOR VIOLENTO? SÍ NO NO LO SÉ  
SI RESPONDIÓ "SÍ", EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

C. IS MINOR IN POSSESSION OF WEAPONS? YES NO UNKNOWN  
IF YES, IDENTIFY WEAPON(S), INCLUDING ALL FIREARMS: \_\_\_\_\_

¿TIENE EL MENOR ARMAS? SÍ NO NO LO SÉ  
SI RESPONDIÓ "SÍ", IDENTIFIQUE LAS

ARMAS, INCLUYENDO TODAS LAS ARMAS DE FUEGO: \_\_\_\_\_

Case No.:                     -MH -                    

Caso n.º:                     -MH -                    

13. LIST THE NAMES AND ADDRESSES OF OTHER PERSONS WHO HAVE SEEN THE BEHAVIOR OR CONDITION OF THE MINOR: \_\_\_\_\_  
ESCRIBA EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DE OTRAS PERSONAS QUE HAYAN VISTO LA CONDUCTA O LA CONDICIÓN DEL MENOR: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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.

14. IS THE MINOR CURRENTLY HOSPITALIZED?                      YES              NO  
¿ESTÁ EL MENOR HOSPITALIZADO 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:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. HAS THE MINOR BEEN UNDER THE RECENT CARE OF A PHYSICIAN?              YES              NO

IF **YES**, STATE PHYSICIAN’S NAME, ADDRESS, AND PHONE NUMBER: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿HA ESTADO EL MENOR BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO RECIENTEMENTE?              SÍ              NO  
SI RESPONDIÓ “**SÍ**”, ESCRIBA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

P  
R  
I  
N  
T  
/  
I  
M  
P  
R  
I  
M  
I  
R

P  
R  
I  
N  
T  
/  
I  
M  
P  
R  
I  
M  
I  
R

P  
R  
I  
N  
T  
/  
I  
M  
P  
R  
I  
M  
I  
R

16. IS THE MINOR IN NEED OF MEDICAL CARE FOR ANY PHYSICAL CONDITION OR DISEASE?  
¿NECESITA EL MENOR ATENCIÓN MÉDICA POR ALGUNA CONDICIÓN FÍSICA O ENFERMEDAD?

YES  NO IF YES, DESCRIBE THE CONDITION/DISEASE: \_\_\_\_\_  
 SÍ  NO SI RESPONDIÓ "SÍ", DESCRIBA LA CONDICIÓN/ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_

17. IS THE MINOR TAKING ANY MEDICATIONS? YES NO  
¿TOMA EL MENOR ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ NO

IF YES, LIST THE MEDICATIONS AND DOSAGE: \_\_\_\_\_  
SI RESPONDIÓ "SÍ", ESCRIBA LOS MEDICAMENTOS Y LAS DOSIS: \_\_\_\_\_

18. DOES THE MINOR NEED MEDICAL CARE, TREATMENT, OR HOSPITALIZATION THAT WOULD PREVENT EXAMINATION BY A MENTAL HEALTH PROFESSIONAL OR COURT APPEARANCE:  
¿NECESITA EL MENOR 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

19. HAS THE MIINOR BEEN EXAMINED BY A PSYCHIATRIST OR PSYCHOLOGIST? YES NO  
¿HA EXAMINADO AL MENOR 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: \_\_\_\_\_

P R I N T / I M P R I M I R





Case No.:                   -MH -                  

Caso n.º:                   -MH -                  

20. HAS THE MINOR EVER BEEN DIAGNOSED WITH MENTAL RETARDATION?                            YES        NO  
¿ALGUNA VEZ SE LE HA DIAGNOSTICADO AL MENOR UN RETRASO MENTAL?                            SÍ            NO

21. HAS THE MIINOR EVER BEEN CONFINED IN A HOSPITAL FOR MENTAL ILLNESS OR ADDICTION?  
¿ALGUNA VEZ SE HA HOSPITALIZADO AL MENOR POR UNA ENFERMEDAD MENTAL O UNA ADICCIÓN?

YES        NO        IF YES, STATE THE REASON FOR HOSPITALIZATION, THE FACILITY IN WHICH THE MINOR WAS HOSPITALIZED, AND THE DATE(S) OF HOSPITALIZATION: \_\_\_\_\_  
SÍ            NO        SI RESPONDIÓ "SÍ", ESCRIBA EL MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN, EL CENTRO EN QUE ESTUVO HOSPITALIZADO Y LAS FECHAS DE HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

22. NOTICE INFORMATION - **YOU MUST COMPLETE THIS SECTION:**  
INFORMACIÓN PARA NOTIFICACIONES - **DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN:**

A. Minor's Spouse, if any:                            Name: \_\_\_\_\_  
Cónyuge del menor, si tiene:                            Nombre: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

B. Minor's Parents/Guardians:                            Name: \_\_\_\_\_  
Padres/tutores del menor:                            Nombre: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

C. Minor's Next-of-Kin:                            Name: \_\_\_\_\_  
Pariente más cercano del menor:                            Nombre: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

23. \_\_\_\_\_ [initial] **THE NAMED MINOR, WHO IS 14 YEARS OF AGE OR OLDER, HAS BEEN OFFERED VOLUNTARY TREATMENT, BUT HAS OBJECTED TO HIS OR HER FURTHER TREATMENT, OR THE PARENT OR GUARDIAN HAS REVOKED HIS OR HER CONSENT.**  
\_\_\_\_\_ [escriba sus iniciales] **AL MENOR MENCIONADO, QUE ES MAYOR DE 14 AÑOS, SE LE HA OFRECIDO UN TRATAMIENTO VOLUNTARIO, PERO SE HA OPUESTO A SEGUIR RECIBIENDO TRATAMIENTO, O EL PADRE/MADRE O EL TUTOR HAN REVOCADO SU CONSENTIMIENTO.**

**WARNING:**

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

- (1) prohibited from possessing and receiving firearms, ammunition, and explosives, 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 firearms purchases and permits/licenses to carry concealed weapons, as well as used by federal agencies for explosives prohibition, background checks, and other uses permitted by federal law or regulation.
  - (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, el menor para el que está presentando esta solicitud:

- (1) tendrá prohibido tener y recibir armas de fuego, municiones y explosivos, 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 que también usan las agencias federales para la prohibición de explosivos, la comprobación de antecedentes y otros usos permitidos por la ley o las reglamentaciones federales.
  - (4) estará sujeto 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.

P  
R  
I  
N  
T  
/  
I  
M  
P  
R  
I  
M  
I  
R  
  
P  
R  
I  
N  
T  
/  
I  
M  
P  
R  
I  
M  
I  
R  
  
P  
R  
I  
N  
T  
/  
I  
M  
P  
R  
I  
M  
I  
R

Case No.: \_\_\_\_\_ -MH -

Caso n.º: \_\_\_\_\_ -MH -

I, \_\_\_\_\_ *[print YOUR name here]*, the Applicant Chief Medical Officer do hereby certify that I truly believe that the minor Respondent, \_\_\_\_\_ *[print Respondent's name here]* is *[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 minor 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, \_\_\_\_\_ *[escriba SU nombre en letra de molde]*, el director médico solicitante certifico, por medio del presente, que creo sinceramente que el Menor demandado, \_\_\_\_\_ *[escriba aquí en letra de molde el nombre de la Parte demandada]* *[marque las categorías que correspondan]* es adicto o tiene una enfermedad mental y que, a causa de la *enfermedad mental o la adicción*, es probable que se dañe gravemente a sí mismo 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 al menor 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 es 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 que 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]**

P  
R  
I  
N  
T  
/  
I  
M  
P  
R  
I  
M  
I  
R



Case No.:                                 -MH -                                

Caso n.º:                                 -MH -                                

\_\_\_\_\_  
Date  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Applicant's Signature  
Firma del Solicitante

The foregoing Petition and Application was subscribed and sworn to or affirmed before the undersigned authority  
this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ *[month]*, 20 \_\_\_\_\_ *[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]* de 20 \_\_\_\_\_ *[año]*.

*[if notary - affix Notarial Seal]*  
*[si la suscribe un notario, debe poner el sello notarial]*

\_\_\_\_\_  
Signature of Notary Public / Circuit Clerk  
Firma del Notario público/Secretario del circuito

My Commission Expires: \_\_\_\_\_

Mi nombramiento vence: \_\_\_\_\_

P  
R  
I  
N  
T  
/  
I  
M  
P  
R  
I  
M  
I  
R

P  
R  
I  
N  
T  
/  
I  
M  
P  
R  
I  
M  
I  
R