



Nº de caso _____
Tribunal Distrito
Condado _____
División _____

EN LOS INTERESES DE:

Persona Demandada

Residencia

Ubicación actual

**PETICIÓN VERIFICADA PARA
HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA
(Enfermedad mental)
O
INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO
(Discapacidad intelectual)**

**VERIFIED PETITION FOR
INVOLUNTARY HOSPITALIZATION
(Mental Illness) OR
INVOLUNTARY ADMISSION
(Intellectual Disability)**

Sexo	Raza	Fecha nacim.	Estatura	Peso	Ojos	Cabello	Nº de Seguro Social	Nº Lic. Conducir	Estado

1. SOLICITANTE, _____, declara que es:
(En letra de molde)

☐ un residente de buena reputación del condado de _____, Kentucky, con domicilio en

_____, y está vinculado/a con la
(Dirección) (Nº de teléfono)

Persona Demandada como _____, O
(Parentesco)

☐ un(a) Profesional Calificado/a en Salud Mental ☐ en Discapacidad Intelectual que se ubica en

_____, Kentucky, y está vinculado/a la Persona Demandada como _____,

trabaja en _____,
(Hospital/Centro, etc.) (Nº de teléfono)

2. SOLICITANTE afirma que la Persona Demandada: ☐ ha estado internada en un hospital o en un centro psiquiátrico forense durante un período de 30 días en los últimos seis meses, según lo dispuesto en KRS 202A o 504 (si se trata de un procedimiento de 360 días) ☐ es una persona con una enfermedad mental; ☐ es una persona con discapacidad intelectual, y que representa un peligro o una amenaza de peligro para sí misma, su familia u otras personas si no se le controla de inmediato.

3. SOLICITANTE afirma además que el nombre, la dirección y dónde residen las personas relacionadas con la persona Demandada son: (si se desconoce, indíquelo)

Progenitores o tutor(a): _____

Cónyuge: _____

Persona que tiene la custodia: _____

Pariente cercano: _____

Otra: _____

4. SOLICITANTE considera que el/la Demandado/a es ☐ una persona con una enfermedad mental ☐ una persona con una discapacidad intelectual debido a que: *(exponga los motivos)*

5. SOLICITANTE expone los siguientes hechos para demostrar que considera que el/la Demandado/a representa un peligro o una amenaza de peligro para sí mismo, su familia u otras personas, debido a que: *(exponga los motivos)*

6. **Sólo para diligencias relacionadas con discapacidad intelectual:** Solicitante debe adjuntar a esta solicitud documentación que demuestre que la Persona Demandada tiene una discapacidad intelectual, INCLUIDOS los resultados de un examen o evaluación psicológica realizada en un plazo razonable antes de la presentación de esta solicitud, que documente un coeficiente intelectual total dentro de la escala de discapacidad intelectual de moderada a grave. KRS 202B.100(4)(f).

7. SOLICITANTE solicita que se retenga al la Persona Demandada para someterla a examen, evaluación y hospitalización/internamiento, en caso de que cumpla con los criterios para:
- a) ☐ hospitalización involuntaria y que el/la Demandado/a sea hospitalizado/a durante ☐ 60 días o ☐ 360 días; o
 - b) ☐ internamiento involuntario y que el/la Demandado/a sea internado/a por un período indeterminado, sujeto a revisión en un plazo de cinco años a partir de la fecha de emisión de esta orden de internamiento.

_____, _____
Fecha

Firma de la Persona Solicitante

* * * * *

SUSCRITO Y JURADO ante mí este día _____ de _____, _____.

Nombre/Título

Condado de _____, Kentucky