

NOTE: THIS FORM IS FOR INFORMATIONAL PURPOSES ONLY. DO NOT COMPLETE THIS FORM FOR FILING. USE THE ENGLISH VERSION OF THE AOC-SP-301 INSTEAD.

SÍRVASE NOTAR: ESTE FORMULARIO SÓLO SE DISPONE PARA FINES INFORMATIVOS. NO LO DEBE PRESENTAR EN EL TRIBUNAL, SINO QUE DEBE LLENAR Y PRESENTAR LA VERSIÓN EN INGLÉS DEL FORMULARIO AOC-SP-301.

STATE OF NORTH CAROLINA
EL ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE

File No.
Nro. de expediente

County
Condado de

In The General Court Of Justice
District Superior Court Division
En los Tribunales de Justicia del Fuero Común
Sección del Tribunal de Distrito Superior

IN THE MATTER OF
EN EL CASO DE

NOTICE OF HEARING/REHEARING
FOR INVOLUNTARY COMMITMENT
NOTIFICACIÓN DE AUDIENCIA DE
INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO

Name And Address Of Respondent
Nombre y dirección del demandado

Date Of Birth (mm/dd/yyyy)
Fecha de nacimiento (mes/día/año)

G.S. 122C-264, -274, -276, -284, -292
Art. 122C-264, -274, -276, -284, -292 de la ley

NOTICE TO THE RESPONDENT NAMED ABOVE
NOTIFICACIÓN AL DEMANDADO ARRIBA MENCIONADO

(Check only one)
(Seleccione solo una opción.)

- 1. It has been alleged that you It has been alleged that you have a mental illness and are a proper subject for involuntary
inpatient outpatient commitment.
Se ha afirmado que usted tiene enfermedad mental y es un sujeto adecuado para internamiento involuntario
internamiento ambulatorio involuntario.
2. It has been alleged that you are a substance abuser and a proper subject for involuntary commitment.
Se ha afirmado que usted es toxicómano y sujeto adecuado para internamiento involuntario.
3. The physician now treating you has determined that you are in need of further care and treatment beyond your
present period of commitment.
El médico que le atiende ha determinado que Ud. necesita cuidado y tratamiento adicional una vez que concluya su
internamiento involuntario actual.
4. You have been committed after (a) being charged with a violent crime and being found incapable of proceeding or
(b) being found not guilty by reason of insanity. . The physician now treating you has determined that further treatment
is is not necessary. However, you may not be released without the hearing referred to below.
Ha estado sujeto a internamiento involuntario después de (a) ser acusado de un delito violento y declarado incapaz
de proseguir o (b) ser declarado no culpable debido a un trastorno mental. El médico que lo está atendiendo ha
determinado que necesita no necesita más tratamiento. Sin embargo, no se le puede dar de alta sin
celebrar la audiencia señalada abajo.

A hearing will be held before a district court judge at the date, time and place indicated below. At that hearing it will be
determined if you should be committed, released, or recommitted for treatment.
Se celebrará una audiencia ante un juez del Tribunal de Distrito en la fecha, hora y lugar indicados abajo. En esa audiencia
se determinará si se debe emitir una orden de internamiento involuntario, renovar una orden anterior o darlo de alta del
internamiento.

At this hearing you will be allowed to present evidence. If the hearing is for inpatient commitment or for commitment as a
substance abuser, you have a right to be represented by an attorney. If you cannot afford an attorney, one will be appointed
for you.
En esta audiencia podrá presentar pruebas. Si la audiencia es sobre un tratamiento involuntario con internamiento o por ser
toxicómano, tiene el derecho de ser representado por un abogado. Si no tiene los recursos para contratar a un abogado, se
le asignará uno.

Original-File Copy-Petitioner Copy-Respondent Copy-Attorney
Original-Expediente Copia-Demandante Copia-Demandado Copia-Abogado
(Over)
(Continúe)

If the hearing is for an outpatient commitment, you may hire an attorney to represent you. If you cannot afford an attorney, you may ask the court to appoint one for you. However, the court may or may not appoint an attorney based upon the facts in your particular case.

Si la audiencia es sobre un internamiento ambulatorio involuntario, puede contratar a un abogado para representarlo. Si no tiene los recursos para contratar a un abogado, puede solicitar al tribunal que le asigne uno. Sin embargo, con base en los hechos particulares del caso, el tribunal puede asignarle un abogado o no hacerlo.

Date Of Hearing (mm/dd/yyyy)  
Fecha de la audiencia (mes/día/año)

Place Of Hearing  
Lugar de la audiencia

Time Of Hearing  
Hora de la audiencia

AM  PM

**NOTICE TO SHERIFF  
NOTIFICACIÓN AL ALGUACIL**

This Notice must be served on the respondent at least seventy-two (72) hours before the hearing.

Se debe entregar esta notificación al demandado personalmente por lo menos setenta y dos (72) horas antes de la audiencia.

Date (mm/dd/yyyy)  
Fecha (mes/día/año)

Signature  
Firma

Deputy CSC  
Actuario auxiliar del TS

Assistant CSC  
Actuario asistente del TS

Clerk Of Superior Court  
Secretario del Tribunal Superior

POR FAVOR LLENE LA VERSIÓN EN INGLÉS DE ESTE FORMULARIO

Original-File Copy-Petitioner Copy-Respondent Copy-Attorney  
Original-Expediente Copia-Demandante Copia-Demandado Copia-Abogado  
(Over)  
(Continúe)

**RETURN OF SERVICE  
DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN**

I certify that this Notice was received and served on the respondent as follows:

Certifico que esta orden se recibió y se dio notificación de la misma al demandado como se indica a continuación:

<i>Date Served (mm/dd/yyyy)</i> <i>Fecha de notificación (mes/día/año)</i>	<i>Time Served</i> <i>Hora de notificación</i>	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<i>Name Of Respondent</i> <i>Nombre del demandado</i>
---	---	---	--

1. By delivering to the respondent named above a copy of this Notice.  
Entregué una copia de esta notificación al demandado arriba mencionado.
2. By leaving a copy of this Notice at the respondent's dwelling house or usual place of abode with a person of suitable age and discretion then residing therein.  
Dejé una copia de esta notificación en la vivienda, casa, o residencia habitual del demandado con una persona de madurez y criterios apropiados que entonces vivía en la misma.

*Name Of Person With Whom Copies Left*  
*Nombre de la persona con que se dejaron las copias*

*Address Where Copies Delivered Or Left*  
*Dirección en la que se entregaron o dejaron las copias*

- Service Accepted By Attorney For Respondent  
El abogado del demandado aceptó la notificación.

<i>Signature</i> <i>Firma</i>	<i>Date Accepted (mm/dd/yyyy)</i> <i>Fecha en la que la aceptó (mes/día/año)</i>
----------------------------------	---

- Respondent WAS NOT served for the following reason:  
NO le notifiqué al demandado por la siguiente razón:

<i>Date Received (mm/dd/yyyy)</i> <i>Fecha de recibido (mes/día/año)</i>	<i>Signature Of Deputy Sheriff Making Return</i> <i>Firma del alguacil auxiliar que hace la diligencia</i>
---	---

<i>Date Of Return (mm/dd/yyyy)</i> <i>Fecha de la diligencia (mes/día/año)</i>	<i>Name Of Deputy Sheriff Making Return</i> <i>Nombre del alguacil auxiliar que hace la diligencia</i>
---	---

<i>Name Of Sheriff</i> <i>Nombre del alguacil</i>	<i>County of Sheriff</i> <i>Condado del alguacil</i>
--	---

**NOTE TO CLERK: (In Addition To Service On Respondent)**

**NOTA PARA EL ACTUARIO: (Además de la notificación al demandado)**

**For cases in which the examiner recommends inpatient commitment for a person who has a mental illness:**

The clerk in the county where the 24-hour facility is located must deposit in the mail a copy of this Notice by first-class mail at least 72 hours before the hearing to the respondent's counsel and the petitioner, unless the petitioner has waived his/her right to notice on form AOC-SP-300. If the respondent has been found not guilty by reason of insanity or has been charged with a violent crime and been found incapable of proceeding, the clerk must also mail a copy of the notice to the chief district court judge and the district attorney in the county in which the defendant was found not guilty by reason of insanity or incapable of proceeding.

**Para los casos en los que el examinador recomienda internamiento involuntario no ambulatorio para una persona con enfermedad mental:**

Por lo menos 72 horas antes de la audiencia, el actuario en el condado en el que está ubicado el centro de tratamiento de 24 horas debe depositar en el correo de primera clase una copia de esta notificación dirigida al abogado del demandado y al demandante, a menos que este ha renunciado a su derecho a la notificación en el formulario AOC-SP-300. Si el demandado ha sido declarado no culpable debido a trastorno mental o acusado de un delito violento y declarado incapaz de proseguir, el actuario también debe enviar por correo una copia de la notificación al juez presidente del Tribunal de Distrito y al fiscal de distrito en el condado en el que el acusado fue declarado no culpable debido a trastorno mental o incapaz de proseguir.

**For cases in which the examiner recommends outpatient commitment for a person who has a mental illness:**

The clerk in the county where the petition was initiated must deposit in the mail a copy of this Notice by first-class mail at least 72 hours before the hearing to the proposed outpatient treatment center or physician and the petitioner, unless the petitioner has waived his/her right to notice. If the respondent was charged with a violent crime and found incapable of proceeding, see instructions immediately above for additional persons to be served.

**Para los casos en los que el examinador recomienda internamiento ambulatorio involuntario para una persona con enfermedad mental:**

Por lo menos 72 horas antes de la audiencia, el actuario en el condado en el que se entabló la demanda debe depositar en el correo de primera clase una copia de esta notificación dirigida al propuesto centro de tratamiento ambulatorio o al médico y al demandante, a menos que el demandante ha renunciado a su derecho a la notificación. Si el demandado fue acusado de un delito violento y declarado incapaz de proseguir, véanse las instrucciones justo encima de estas para obtener información sobre otras personas a las que tiene que notificar.

(Over)  
(Continúe)

**For cases in which the examiner finds that the respondent is a substance abuser:**

The clerk in the county where the facility is located if respondent is held in a 24-hour facility or the clerk in the county where the petition was initiated if not held in a 24-hour facility must deposit in the mail a copy of this Notice by first-class mail at least 72 hours before the hearing to the respondent's counsel and the petitioner, unless the petitioner has waived his/her right to notice. Notice should also be sent to the area facility or physician that will be responsible for the commitment.

**Para los casos en los que el examinador dictamina que el demandado es toxicómano:**

Por lo menos 72 horas antes de la audiencia, el actuario en el condado en el que está ubicado el centro si el demandado está internado en un centro de 24 horas, o en el que se entabló la demanda si no está internado en un centro de 24 horas, debe depositar en el correo de primera clase una copia de esta notificación dirigida al abogado del demandado y al demandante, a menos que este ha renunciado a su derecho a la notificación. También se debe enviar notificación al centro del área o al médico que será responsable del internamiento involuntario.

**CLERK'S CERTIFICATION OF SERVICE  
CONSTANCIA DE NOTIFICACIÓN POR PARTE DEL ACTUARIO**

I certify that I have mailed copies of this Notice by first class mail at least 72 hours before the hearing to the persons whose name and address are listed below *(fill in only those appropriate)*:

Doy fe de que he enviado copias de esta notificación por correo de primera clase y por lo menos 72 horas antes de la audiencia a las personas cuyos nombres y direcciones se enumeran a continuación *(llene solo las casillas que correspondan)*:

Name And Address Of Petitioner  
Nombre y dirección del demandante

Name And Address Of Counsel For Respondent  
Nombre y dirección del abogado del demandado

Name And Address Of Proposed Outpatient Treatment Center/Physician  
Nombre y dirección del propuesto centro de tratamiento o del médico

Name And Address Of Area Facility/Physician  
Nombre y dirección del centro del área o del médico

Date (mm/dd/yyyy)  
Fecha (mes/día/año)

Signature  
Firma

Deputy CSC  
Actuario auxiliar del TS

Assistant CSC  
Actuario asistente del TS

Clerk Of Superior Court  
Secretario del Tribunal Superior

POR FAVOR LLENE LA VERSIÓN EN INGLÉS DE ESTE FORMULARIO