

**IN THE COURT OF COMMON PLEAS OF LANCASTER COUNTY, PENNSYLVANIA
JUVENILE DIVISION**

APENDICE AL FORMULARIO DE ADMISIÓN

IN RE: _____ : Caso Num.: _____
 (Menor) :
 : Acto(s) delictivo(s): _____
 : _____
 : _____
 : _____
 :

**ELEGIBILIDAD PARA RECLUSIÓN CIVIL PARA TRATAMIENTO INVOLUNTARIO
CASOS CIVILES DE RECLUSIÓN**

Cometí al menos uno de los delitos (en el encasillado adelante); Y

Si el juez dice que soy delincuente; Y

Si estoy recluso en un centro de tratamiento cuando cumpla los 20 años,

Puedo ser enviado a un centro de tratamiento distinto en contra de mí voluntad.

Ver 42 Pa.C.S. § 6401 et seq.

Marque todas las que sean ciertas:

<input type="checkbox"/> Violación, 18 Pa.C.S. § 3121	<input type="checkbox"/> Agresión sexual, 18 Pa.C.S. § 3124.1
<input type="checkbox"/> Relaciones sexuales perversas involuntarias, 18 Pa.C.S. § 3123	<input type="checkbox"/> Abuso sexual, 18 Pa.C.S. § 3126
<input type="checkbox"/> Abuso sexual agravado, 18 Pa.C.S. § 3125	<input type="checkbox"/> Incesto, 18 Pa.C.S. § 4302

1). Si estoy recluso en un centro de tratamiento al cumplir los 20 años, la Junta Evaluadora de Delincuentes Sexuales del Estado (SOAB in inglés), evaluará información sobre mí para determinar si tengo problemas de salud mental que dificulten que yo deje de cometer delitos sexuales. ____ iniciales

Ver 42 Pa.C.S. § 6358.

2) Si SOAB llega a la conclusión de que necesito tratamiento, el juez celebrará una audiencia. ____ iniciales

Ver 42 Pa.C.S. § 6358.

3) Si el juez está de acuerdo con que necesito tratamiento, tendre una segunda audiencia. ____ iniciales

Ver 42 Pa.C.S. § 6358.

4) En la audiencia, el juez decidirá si yo tengo problemas de salud mental que hacen probable que yo vuelva a cometer delitos sexuales. Si el juez dice que sí, iré a un centro de tratamiento distinto por al menos un año.

____ iniciales

Ver 42 Pa.C.S. §§ 6403 y 6404.

_____ Iniciales

5) El juez revisará mi caso cada año. Permaneceré recluido en ese centro de tratamiento mientras el juez opine que tengo problemas de salud mental que hacen probable que yo vuelva cometer delitos sexuales.

_____ iniciales

Ver 42 Pa.C.S. § 6404.

6) Si el juez dice que puedo salir del centro de tratamiento, tendré que continuar recibiendo tratamiento cuando se me notifique para mis problemas de salud mental. El juez revisará mi caso al cabo de un año.

_____ iniciales

Ver 42 Pa.C.S. §§ 6404.1 y 6404.2.

7) Si el juez dice que puedo dejar de recibir tratamiento después de un año, aun tendré que hablar con un consejero mensualmente. _____ iniciales

Ver 42 Pa.C.S. §§ 6404.1 y 6404.2.

8) Si no obedezco estas reglas, o el consejero dice que no puedo detener mi mal comportamiento, seré enviado de vuelta al centro de tratamiento. _____ iniciales

Ver 42 Pa.C.S. § 6404.2.

Representación de abogado y la oportunidad de hablar con el tutor

9) ¿Habló usted con su abogado antes de decidir decirle al juez que usted cometió los delitos (actos delictivos)?

Sí No

10) ¿Estás satisfecho con lo que su abogado hizo por usted? Sí No

11) ¿Su abogado contestó todas sus preguntas? Sí No

12) ¿Hablo con su padre o tutor sobre la decisión de aceptar que usted cometió los delitos? Sí No

Si contestó no, ¿quiere hablar con ellos ahora? Sí No

He leído este formulario o alguien me lo ha leído a mí.

Entiendo el formulario y lo que tengo que hacer. La firma al calce y las iniciales en cada página de este formulario son mías.

MENOR

FECHA

Yo, _____, abogado del menor, he revisado este formulario con mi cliente. Mi cliente me ha dicho y yo creo que él o ella entienden los derechos, consecuencias y sentencias descritas en este formulario. He completado las secciones anteriores con mi cliente. Se las he explicado. No tengo problemas con que mi cliente admita a los actos delictivos.

ABOGADO DEL MENOR

_____ FECHA

_____ Iniciales