



MARYLAND

Department of Health

行为健康管理局
马里兰州卡顿斯维尔，邮编 21228

非自愿入院申请

本申请非自愿收治于机构接受精神疾病相关照护或治疗的申请表可由任何对当事人福利享有合法利益的人员签署（《马里兰州注释法典》健康通用条款 § 10-614）。**本申请表必须随附表 DHMH #2 “非自愿收治入院申请随附的医生、精神科医生或精神科执业护士证明”**（《马里兰州注释法典》健康通用条款 § 10-615）。

至以下机构的行政负责人：

机构名称

本人，_____
合法权益：_____
(当事人姓名)

接受精神疾病相关照护和治疗。

申请人正楷姓名

申请人签名

住宅或代理人地址

与当事人的关系或公职身份

电话号码

日期

时间

马里兰州卫生部的服务和项目以非歧视性为基础，并符合 1964 年《民权法》第六条的要求。如有关于歧视的任何投诉，可以书面形式，提送至行为健康管理局 (Spring Grove Hospital Center, 55 Wade Avenue, Catonsville, MD 21228) 和美国卫生与公众服务部 (150 S. Independence Mall West, Suite 372, Philadelphia, PA 19106-3499)。

必须采用此表提交《非自愿入院申请》（健康通用条款 § 10-615(3)）