

# Notice to Patient: Procedure for Return of Confiscated Weapon(s)

---

Name of Patient: \_\_\_\_\_

This notice is given to you as required by Welfare and Institutions Code Section 8102(b).

You had one or more firearms or other deadly weapons confiscated from you by a law enforcement officer pursuant to Welfare and Institutions Code Section 8102. The procedure for the return of your weapon is found in Penal Code Section 33850 and Welfare and Institutions Code Section 8102.

The law enforcement agency which confiscated your weapon(s) has 30 days (longer in certain cases) to initiate a petition in the superior court for a hearing to determine whether the return of the weapon(s) would be likely to result in endangering you or others. The confiscating law enforcement agency must also send you a notice of your right to a hearing on this issue. The law enforcement agency may ask the court to extend the time to file a petition; however, the petition must be filed within 60 days of your discharge from the facility even if the court grants an extension. You will have 30 days to respond to the court clerk to confirm your desire for a hearing. If you do not respond, a default order forfeiting your weapon(s) will be issued. If you request a hearing, it must be set within 30 days of your request. The court clerk will notify you and the district attorney of the date, time, and place of the hearing.

If the law enforcement agency does not file a petition, it must make your weapon(s) available for return to you. If you fail to respond to a petition, your weapon may be forfeited.

---

I certify by my signature below that I have been given the information above related to the procedure for the return of a confiscated weapon(s).

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
*(patient/legal representative)*

Print name: \_\_\_\_\_  
*(patient/legal representative)*

**A COPY OF THIS FORM MUST BE GIVEN TO THE PATIENT.  
THE ORIGINAL MUST BE PLACED IN THE MEDICAL RECORD.**

# Aviso al Paciente: Procedimiento Para la Devolucion de Una o Mas Armas Confiscadas

---

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Este aviso se le entrega en conformidad con los requisitos del Código de Bienestar Social e Instituciones, Sección 8102(b).

En conformidad con la Sección 8102 del Código de Bienestar Social e Instituciones, un agente de la ley le confiscó una o más armas de fuego u otras armas mortíferas. El procedimiento para la devolución de su arma se encuentra en la sección 33850 del Código Penal y en la sección 8102 del Código de Instituciones y Bienestar.

La agencia de la ley que le confiscó el arma (las armas) tendrá 30 días (en ocasiones más tiempo) para presentar una petición ante el tribunal superior para que se realice una audiencia con el fin de determinar si la devolución del arma (de las armas) podría resultar en poner a usted o a otras personas en peligro. La agencia de la ley que haya confiscado el arma también deberá enviarle un aviso explicándole su derecho a que se realice una audiencia sobre este asunto. La agencia de la ley podrá solicitar al tribunal que prologue el plazo para presentar una petición. Sin embargo, la petición se deberá presentar dentro de los 60 días de la fecha en que sea dado de alta de la institución, aunque el tribunal otorgue una prórroga. Usted tendrá 30 días para responder al actuario del tribunal confirmando que desea que se celebre la audiencia. Si no responde, se emitirá una orden de incumplimiento y de confiscación de su arma (sus armas). Si solicita una audiencia, la misma deberá fijarse dentro de los 30 días de su solicitud. El actuario del tribunal notificará a usted y al procurador de distrito la fecha, la hora y el lugar de la audiencia.

Si la agencia de la ley no presenta una petición, deberá poner a su disposición el arma (las armas) para su devolución. Si no responde a la petición, su arma puede ser confiscada.

---

Certifico con mi firma a continuación que se me ha proporcionado la información que antecede relativa al procedimiento para la devolución de arma(s) confiscada(s).

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(paciente o representante legal)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(paciente o representante legal)

**A COPY OF THIS FORM MUST BE GIVEN TO THE PATIENT.  
THE ORIGINAL MUST BE PLACED IN THE MEDICAL RECORD.**