



GTS Use Only

ID#: _____

Đơn Đồng Ý chung cho
Dịch vụ Gateway To Success (GTS)

Thông tin Khách hàng

Tên: _____ Ngày sinh: _____ Lớp: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại Di động: _____ Điện thoại Nhà: _____

Thông tin Phụ huynh/ Người Giám hộ Hợp pháp/ Người chăm sóc

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại liên hệ hữu hiệu nhất: _____ Điện thoại chỗ làm: _____

Email: _____

Chỉ dẫn: Phụ huynh /Người Giám hộ cần xem xét các điều trường trình và ký tắt.

Phụ huynh /Người Giám hộ ký tắt vào ô thứ nhất và khách hàng ký tắt vào ô thứ nhì (nếu khách hàng là 12 tuổi hoặc lớn hơn). Để bắt đầu dịch vụ cần yêu cầu một số quyền. Trong mỗi đơn đồng ý, chỉ được có **MỘT** phụ huynh /Người Giám hộ.

1. [___] [___] Tôi cho phép GTS cung cấp bất kỳ dịch vụ hỗ trợ nào được liệt kê dưới đây cho con em tôi, ngoại trừ những điều đã nêu. Điều này bao gồm sự đồng ý cho bất kỳ điều nào sau đây, khi được tư vấn hoặc đề nghị bởi người được GTS chỉ định.:

- Dịch vụ sức khỏe tâm lý, bao gồm đánh giá và điều trị
- Giáo dục tâm lý và những nhóm tư vấn nhỏ
- Giáo dục sức khỏe và sự khỏe mạnh
- Hỗ trợ quản lý hành vi và học tập
- Giới thiệu các dịch vụ điều trị cho các cơ quan sức khỏe tâm lý được chỉ định (bao gồm tiết lộ bảo hiểm và / hoặc số an sinh xã hội và thông tin nhân khẩu thống kê của học sinh))

Ngoại trừ tôi **KHÔNG** muốn con em tôi tiếp nhận các dịch vụ sau đây trong bản liệt kê trên:

2. [___] [___] Tôi hiểu rằng để con em tôi tiếp nhận dịch vụ sức khỏe tâm lý căn bản trường, con em tôi sẽ phải bị gọi ra gặp đang lúc giờ giảng dạy trong ngày học. Tôi hiểu rằng những bài làm của con em tôi có thể bị thiếu trong lớp đều được yêu cầu làm bù. Tôi hiểu rằng trị liệu viên / người cung cấp của con em tôi có trách nhiệm đảm bảo con em tôi không bị đánh dấu vắng mặt trong lớp học trong thời gian điều trị.
3. [___] [___] Tôi hiểu rằng sự đồng ý của tôi chỉ bao gồm những dịch vụ thông qua GTS trên căn bản tự nguyện. Tôi biết rằng sau này tôi có thể đổi ý và quyết định không muốn con em tôi tiếp nhận các dịch vụ thông qua GTS và thông báo cho trường của con em tôi. Tôi hiểu rằng đơn đồng ý này vẫn có hiệu lực đến ___/___/___ hoặc cho đến khi GTS nhận được thư từ chối của tôi.
4. [___] [___] Tôi hiểu rằng để cung cấp chất lượng dịch vụ cao nhất, Buổi họp có thể do người giám sát và thực tập viên lâm sàng tiến hành thu âm /quay video ghi lại và xem xét cho mục đích đào tạo. Mặc dù giọng nói của con em quý vị sẽ được nghe thấy nhưng chỉ có thực tập viên được quay trên video. GTS cảm thấy rằng sự cam kết đào tạo tốt nhất này đảm bảo chất lượng dịch vụ cao nhất.

Khi Phụ huynh/ Người Giám hộ thông qua cơ quan bên ngoài bắt đầu dịch vụ riêng tư (không thông qua GTS):

[___] [___] Tôi hiểu rằng _____ (Cơ quan) sẽ cần trao đổi thông tin với GST và trường của con tôi. Tôi cho phép con tôi được tiếp nhận các dịch vụ sức khỏe tâm lý trong suốt thời gian giảng dạy trong ngày học.

Chữ ký của khách hàng: _____ Ngày: _____
Khách hàng phải ký bản chấp thuận nếu từ 12 tuổi trở lên

Viết Tên bằng chữ in: _____ Ngày Sinh: _____

Chữ ký của cha mẹ / Người giám hộ: _____ Ngày: _____

Viết tên bằng chữ in: _____ Mối quan hệ với khách hàng: _____