



成功之路計劃 (GTS) 服務
一般同意書

GTS 專用
ID#: _____

客戶信息

姓名: _____ 生日: _____ 年級: _____

住址: _____

手機號碼: _____ 家用電話: _____

家長/法定監護人/照顧者信息

姓名: _____

住址: _____

最佳聯繫電話: _____ 工作電話: _____

電子郵件: _____

說明: 所有聲明都需要由家長/監護人進行審視並且縮寫草簽。家長/監護人在第一個括號中草簽，客戶在第二個括號中草簽（如果客戶12歲或以上）。必須有某些允許才可開始服務。每份同意書表格適用一位家長/監護人。

1. [___] [___] 除非另有說明，否則我允許**GTS**提供我的孩子下列任何支持服務。當**GTS**指定人員建議或推薦時，包括以下任何一項的同意：

- 心理健康服務，包括篩檢，評估，以及輔導
- 心理 - 教育以及輔導小組
- 健康和保健教育
- 學業和行為管理支持
- 向指定的精神心理衛生機構轉介治療服務（包括披露保險和/或社會安全號碼和學生家庭人口信息）

除了我不希望我的孩子从上列表中收到下列服務：

2. [___] [___] 我明白為了让我的孩子接受以學校為基礎的心理健康服務，我的孩子將會在上學日教學時間內被接見。我明白孩子可能錯過課堂的作業都可以要求彌補。我明白我的孩子的治療師/提供者有責任確保我的孩子在治療時間不被記為缺席。

3. [] [] 我明白我的同意在自願基础上仅涵盖**GTS**上提供的服务。 我知道稍后我可以改变主意，并决定我不希望我的孩子通过GTS接受服务并通知我孩子的学校。 我知道此同意书在____ / ____ / ____之前或直到GTS收到我的书面撤销之前有效。
4. [] [] 我明白，为了提供最高质量的服务，基於培训目的，临床主管和临床实习生於会面时也许会用音频/视频记录和审查。 虽然可以听到孩子的声音，但视频中只拍摄实习生。**GTS**认为，如此培训承诺保证最高质量的服务。

家長/監护人採取主動獨立服務經由其他外界提供机构（非經由GTS）：

[] [] 我明白 _____ (机构) 会需要与**GTS**和孩子的学校交換信息。 我同意我的孩子在上学日教学时间接受心理健康服務。

客戶簽名: _____ 日期: _____

12 歲或以上的客戶必須簽同意書

正楷书写姓名: _____ 生日: _____

家長/監护人: _____ 日期: _____

正楷书写姓名: _____ 与客戶关系: _____