

儿童第一计划同意书 (Children 1st Consent Form)

儿童第一计划的总体目标是改善佐治亚州新生儿至他们的五岁生日儿童的健康和发育状况。我们的使命是发现可能面临健康和发育问题的儿童，促进早期干预，进而促进他们的健康成长。

儿童第一计划的服务将由各区当地的工作人员提供，他们将完成对优势和资源需求的个性化评估以及发育筛查（例如，通过年龄与阶段问卷和修订版幼儿自闭症检查清单）。可选驻家、诊所或远程医疗的服务方式。

选择下方的“同意”选项，即代表我理解：

1. 佐治亚州公共卫生部（DPH）可能会向我发送短信或电子邮件。
2. DPH 可能通过安全的远程医疗平台向我提供服务。
3. 接收 DPH 发送的短信和电子邮件可能存在风险，包括他人可能读取信息的风险。
4. 手机运营商可能会根据我购买的手机套餐，收取短信费或其他数据费，我需承担任何此类费用。
5. 如果我不想再接收 DPH 发送的短信或电子邮件，或通过远程医疗接受服务，可以随时联系儿童第一计划的协调员撤销同意。
6. 如果我的手机号码或电子邮件地址变更，或上述联系方式不再归属于我，我明白我有责任尽可能至少提前十（10）天向儿童第一计划的协调员发函，告知这一变更。如果未能将变化告知 DPH，我的信息可能面临被其他人使用或披露的风险，且不受适用法律的保护，我将对之承担责任。
7. 我在下面勾选“我同意”或“我不同意”，不会影响我申请或参与儿童第一计划的资格。
8. 本同意书将于签署之日起五（5）年后失效，除非我在此日期之前，以书面形式向儿童第一计划的协调员撤销同意。

请选择以下选项之一(Please select one of the below options):

我同意通过短信接收该计划的消息。(I agree to receive communication from the program via text message.)

我不同意通过短信接收该计划的消息。(I do not agree to receive communication from the program via text message.)

2025年5月更新

请选择以下选项之一 (*Please select one of the below options*):

我同意通过电子邮件接收该计划的消息。 (*I agree to receive communication from the program via e-mail.*)

我不同意通过电子邮件接收该计划的消息。 (*I do not agree to receive communication from the program via e-mail.*)

请选择以下选项之一 (*Please select one of the below options*):

我同意通过远程医疗接受服务。 (*I agree to receive services via telehealth.*)

我不同意通过远程医疗接受服务。 (*I do not agree to receive services via telehealth.*)

在下方签名，即表示您同意上述内容并同意完成儿童优先计划 (Children 1st Program) 的筛查。

孩子姓名 (姓氏) <i>Child's Last Name</i>	(名字) <i>Child's First Name</i>	出生日期 (<i>Child's DOB</i>):
家长/监护人的工整书写姓名 (<i>Parent/Guardian's Printed Name</i>):		
家长/监护人签名 (<i>Parent/Guardian's Signature</i>):		签名日期 (<i>Date signed</i>):
儿童第一计划代表签名 (<i>Children 1st Program Representative Signature</i>):		签名日期 (<i>Date signed</i>):