

Children 1st 同意書 (Children 1st Consent Form)

Children 1st 計劃的總體目標是，改善喬治亞州出生到他們的 5 歲生日童的健康和發展成果。我們的使命是發現可能面臨健康和發展挑戰的兒童，為早期的干預聯繫提供便利，從而促進最佳的健康和成長。

Children 1st 服務將由本地區的工作人員提供，這些工作人員將完成優勢和資源需求的個人化評估以及發展篩查（例如，年齡和階段問卷以及經修改的幼兒自閉症檢查清單）。可能會在家、診室或透過遠端醫療提供服務。

如果選擇下面的「同意」選項，我理解：

1. 喬治亞州公共衛生署（Georgia Department of Public Health，簡稱 DPH）可能會向我傳送短訊或電郵。
2. DPH 可能透過安全的遠端醫療平台向我提供服務。
3. 接收 DPH 短訊和電郵可能存在風險，包括其他人可能閱讀訊息的風險。
4. 我的手機電訊商可能會根據我參加的手機計劃，向我收取短訊費用或其他數據費用，並且我負責承擔此類費用。
5. 如果我不想再接收 DPH 的短訊或電郵，或者透過遠端醫療接受服務，我可以隨時聯絡 Children 1st 協調員，以撤回我的同意。
6. 如果我的手機號碼或電郵地址發生變動或者不再屬於我，我理解，由我獨自負責盡可能在此變動發生前至少十 (10) 天向 Children 1st 協調員寫信，將變動情況通知 DPH。如果我未能將此變動情況通知 DPH，我將承擔我的資訊可能不受適用法律保護而被其他人使用或被揭露給其他人的風險。
7. 我是自願選擇下面的「我同意」，選擇「我不同意」不會影響我對於 Children 1st 計劃的資格或參與該計劃。
8. 除非我在該日期前以書面形式向 Children 1st 協調員撤回我的同意書，否則此同意書將從簽署之日起五 (5) 年後過期。

請選擇以下選項之一 (Please select one of the below options):

我同意透過短訊接收該計劃的通訊。 (I agree to receive communication from the program via text message.)

我不同意透過短訊接收該計劃的通訊。 (I do not agree to receive communication from the program via text message.)

2025年5月更新

請選擇以下選項之一 (*Please select one of the below options*):

我同意透過電郵接收該計劃的通訊。 (*I agree to receive communication from the program via e-mail.*)

我不同意透過電郵接收該計劃的通訊。 (*I do not agree to receive communication from the program via e-mail.*)

請選擇以下選項之一 (*Please select one of the below options*):

我同意透過遠端醫療接受服務。 (*I agree to receive services via telehealth.*)

我不同意透過遠端醫療接受服務。 (*I do not agree to receive services via telehealth.*)

您在下方簽名即表示您同意上述內容，並同意由兒童第一計劃 (Children 1st Program) 完成篩查工作。

子女的姓名 (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>):
家長/監護人的正楷姓名 (<i>Parent/Guardian's Printed Name</i>):		
家長/監護人的簽名 (<i>Parent/Guardian's Signature</i>):		簽名日期 (<i>Date signed</i>):
Children 1 st 計劃代表簽名 (<i>Children 1st Program Representative Signature</i>):		簽名日期 (<i>Date signed</i>):