

원격 치료 서비스에 관한 공지 및 참여 신청 (Opt-In) 양식

Hazel Health 서비스를 위한 참여 신청 정보

여러분의 자녀가 Hazel Health 에서 제공하는 원격 치료 서비스를 받도록 허용하려면, 이에 이에 참여할 수 있도록 신청하셔야 합니다.

- 본인은 자녀의 참여를 신청하지 않기로 결정함 (추가 조치가 필요 없음)
- 본인은 원격 치료 서비스를 위해 자녀의 참여를 신청하기 원함. **참여 신청 (Opt-In) 양식**을 제출하기 바람 (자세한 내용은 아래 참조)

자녀를 Hazel Health 에 참여하도록 신청하는 것은 필요한 경우, 자녀가 화상으로 진행되는 무료의 정신 건강 서비스를 이용할 수 있도록 선택하는 것입니다. 여러분이 참여 신청을 하시면, FCPS 는 다음과 같은 인구통계학적 정보를 Hazel Health 와 공유할 것입니다: 학생 이름 및 생년월일, 학부모/보호자 성명(들), 학부모/보호자 연락처 정보. 이러한 정보를 공유하도록 선택하시면, 여러분은 FCPS 의 직원을 거치지 않고 자녀의 원격 치료 서비스를 예약하실 수 있습니다. 또한, 이러한 참여 신청은 학교 상담교사, 사회복지사 또는 심리학자가 여러분을 대신하여 자녀가 원격 치료 서비스를 받도록 요청하는 것을 허용합니다. **참여 신청은 여러분이 서비스에 동의하시는 것이 아니라 절차를 시작하기 위해 FCPS 가 자녀의 정보를 Hazel Health 와 공유하도록 승인하시는 것이라는 점에 유의하시기 바랍니다.** 18 세 미만의 청소년이 원격 치료 서비스를 이용하려면, 서비스에 대한 별도의 학부모/보호자 동의가 필요합니다. 서비스에 대한 동의서는 다음 웹사이트 (<https://my.hazel.co/fcps/info>)를 확인하시거나 아래에 있는 QR 코드를 이용하시기 바랍니다.

여러분은 SIS (학생 정보 시스템) ParentVUE (학부모 열람)를 통해 또는 학교에 양식을 제출하여 언제든지 자녀의 참여 제외 (Opt-Out) 상태를 변경하실 수 있습니다.

본인은 _____(학생 이름) (이)가 Hazel Health 서비스의 이용에 참여하도록 신청합니다.

학생 번호: _____

학부모 서명: _____

날짜: _____

더 자세한 정보를 위해 다음 웹사이트를 방문하시기 바람

www.fcps.edu/teletherapy
FCPS Information Site

<https://my.hazel.co/fcps/info>
Hazel Health Information Site

