



## **TOO GOOD FOR DRUGS CONSENT STATEMENT**

### **Partnership for Success/PFS**

As part of a youth serving agency or School Corporation partnering with Partnership for Success/PFS and the Too Good for Drugs program, your student will be asked to participate in the Too Good for Drugs Program and will be required to complete a pre and post program survey. The Too Good for Drug pre and posttest is a self-reported adolescent survey with topics such as tobacco, alcohol, and other drug use; mental health; gambling; and risk and protective factors related to student success. Results are gathered and analyzed through Geminus Corporation program evaluators. The survey takes approximately 20 minutes to complete and is administered in either paper or an online format.

#### **Risks**

Your student may experience discomfort when answering questions about drug, alcohol, and tobacco use. This risk will be minimized by allowing them to skip questions that they do not feel comfortable answering.

#### **Benefits**

There are no direct benefits for participating in this study. However, your student will be contributing to our understanding of drug, alcohol, and tobacco education programs.

#### **Confidentiality**

Special steps will be taken to protect your student's privacy. Neither you nor anyone else will see any of the student's answers to the survey questions.

#### **Contact**

If you have any questions at any time about the survey or the procedures, you may contact the Partnership for Success Program Director, Lisa Scott at 219-757-1875 or email [lisa.scott@geminus.care](mailto:lisa.scott@geminus.care).

#### **CONSENT**

I have received and read this form. I have had all my questions answered to my satisfaction. **If you DO NOT wish for your child to participate in this study please complete this form and return to your school teacher/administrator.**

Name of Youth Agency/School Corporation: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's Name Printed: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## TOO GOOD FOR DRUGS CONSENT STATEMENT (Opt Out)

### Partnership for Success/PFS

Como parte de una agencia de servicios para jóvenes o una corporación escolar asociada con Partnership for Success/PFS y el programa Too Good for Drugs, se le pedirá a su estudiante que participe en el programa Demasiado bueno para las drogas y se le exigirá que complete una encuesta del programa previo y posterior. La prueba previa y posterior de Demasiado Bueno para las drogas es una encuesta de adolescentes autoinformada con temas como el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; salud mental; juego; y riesgo y protección Factores relacionados con el éxito de los estudiantes. Los resultados se recopilan y analizan a través de Geminus. Evaluadores de programas de corporaciones. La encuesta tarda aproximadamente 20 minutos en completarse y es administrado en formato impreso o en línea

#### Riesgos

Su estudiante puede sentir incomodidad al responder preguntas sobre drogas, alcohol y el consumo de tabaco. Este riesgo se minimizará permitiéndoles saltarse preguntas que no les parezcan preguntas cómoda.

#### Beneficios

No hay beneficios directos por participar en este estudio. Sin embargo, su estudiante será contribuyendo a nuestra comprensión de los programas educativos sobre drogas, alcohol y tabaco.

#### Confidencialidad

**Se tomarán medidas especiales para proteger la privacidad de su estudiante.** Ni tú ni nadie más podrá ver cualquiera de las respuestas del estudiante a las preguntas de la encuesta

#### Contacto

Si tiene alguna pregunta en cualquier momento sobre la encuesta o los procedimientos, puede comunicarse con la directora del programa Partnership for Success, Lisa Scott al 219-757-1875 o enviar un correo electrónico a [lisa.scott@geminus.care](mailto:lisa.scott@geminus.care).

#### CONSENTIR

He recibido y leído este formulario. Todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente **Si NO desea que su hijo participe en este estudio, complete este formulario y devuélvalo al maestro/administrador de su escuela.**

Nombre de la Agencia Juvenil/Corporación Escolar: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_