



**Newport-Mesa**

Unified School District

**Уведомление об услугах Teletherapy и форма  
подтверждения участия  
Информация о согласии на услуги Hazel Health Services**

Hazel Health — это крупнейшее и наиболее надежное решение в области телемедицины для школ K-12. Hazel сотрудничает со школами и семьями, обеспечивая высококачественную психиатрическую помощь, которая помогает учащимся не отвлекаться от учебы. Hazel Health сотрудничает с Департаментом образования округа Orange, чтобы расширить доступ студентов к психиатрической помощи лицензированных терапевтов.

Если вы хотите, чтобы ваш ребенок получил доступ к услугам дистанционной терапии, предоставляемым Hazel Health, вам необходимо заполнить и отправить эту форму.

Подключив своего ребенка к Hazel Health, вы сможете получить доступ к виртуальным услугам по охране психического здоровья бесплатно, если возникнет такая необходимость. Если вы согласитесь, ваш округ передаст Hazel Health следующую демографическую информацию: имя и дату рождения ученика, имя и фамилию родителя/опекуна (родителей), а также контактную информацию родителя/опекуна. Соглашаясь, вы разрешаете компании Hazel Health связаться с вами для уточнения деталей предоставления компанией Hazel услуг телетерапии. Отправляя эту форму, вы разрешаете Hazel Health Services связываться с вами с информацией, касающейся продуктов, услуг и партнерства Hazel Health, используя контактную информацию, предоставленную вами и/или школой. Ознакомьтесь с политикой конфиденциальности Hazel Health на сайте <https://www.hazel.co/pages/privacy-policy>.

**Обратите внимание, что, соглашаясь на участие, вы не даете согласия на получение услуг, но даете разрешение округу передавать демографическую информацию вашего ученика в компанию Hazel.** Вы можете отказаться от подписки и изменить статус вашего ребенка в любое время. Для доступа к услугам телетерапии молодым людям до 18 лет потребуется отдельное согласие родителей/опекунов и направление на получение услуг. Вам нужно заполнить форму согласия только один раз для каждого ребенка. Если вы хотите отказаться от участия в программе, никаких дополнительных действий предпринимать не нужно.

Я даю согласие \_\_\_\_\_ (полное имя студента) на доступ к медицинским услугам Hazel.

ID студента: \_\_\_\_\_

Подпись родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_