

亲爱的家长/监护人：

马萨诸塞州公共卫生部正与 [机构名称] 合作，面向 12 至 17 岁青少年开展一项调查，以了解马萨诸塞州青少年的健康状况与福祉。如今的年轻人面临着各种机遇和挑战，这些都可能影响他们的健康与福祉，包括与身心健康、人际关系、学业、社区状况以及资源获取相关的经历。公共卫生部将利用本次调查所收集的信息，制定项目、分配资金、实施政策，从而在此时期更好地为青少年群体提供支持。

调查对我的孩子有什么要求？

孩子们需要完成一次线上调查，除非您反对孩子参与。完成调查大约需要 15 至 20 分钟。本次调查将涉及以下方面：您孩子的基本生活需求和资源获取、身心健康状况、药物使用经历、教育情况、安全感、获取健康信息的来源、社区环境以及人口统计背景等。本次调查所收集的信息将有助于识别青少年群体的需求领域。本次调查纯属**自愿参与**。如果您的孩子不参与，我们**不会**对您或您的孩子采取**任何行动**。此外，青少年可以在任何时间退出调查而不受惩罚，也可以选择跳过他们不想回答的任何问题。

如何保护我孩子的隐私？

所有调查回答将发送至马萨诸塞州公共卫生部，该部门将对所有调查回答予以保密处理。调查不会询问任何个人身份识别信息，例如姓名、地址、电话号码或电子邮件。所收集的人口统计信息（如年龄、性别、种族/民族、性取向）不会被马萨诸塞州公共卫生部用于识别您孩子的身份。您孩子的调查回答将与其他青少年的回答汇总，形成无法识别具体学生身份的一般统计信息。

是否存在任何风险？

调查问题不太可能引起不适或造成伤害。但是，您的孩子可以拒绝回答自己不想回答的任何问题。保密信息丢失或泄露的风险极低。马萨诸塞州公共卫生部已制定相关程序，以最大限度降低此风险。

本调查有哪些益处？

本次调查所收集的信息将为马萨诸塞州公共卫生部下属的各项项目提供关于青少年当前所面临独特问题的重要信息，并有助于该部门应对调查中发现的需求。同时，这也将为马萨诸塞州青少年群体所面临的新兴问题提供最新信息。

其他信息

[青少年机构名称] 负责为马萨诸塞州公共卫生部开展本次调查。如果您对本次调查有任何疑问，请联系[机构联系人]或[公共卫生部联系人]

您的孩子将有机会参与本次调查，除非您告知我们不希望您的孩子参与调查。因此，如果您**不**希望您的孩子参与，只需交回此表格即可。

如果您不希望您的孩子参与，请填写此表格并于 (青少年机构将指定日期) 前交回至 (青少年机构将指定地点)。

以下所列的孩子不参与本次调查。

孩子姓名

家长/监护人签字

日期