

Уважаемые родители и опекуны!

Департамент общественного здравоохранения штата Массачусетс в сотрудничестве с **[название организации]** проводит опрос среди подростков в возрасте от 12 до 17 лет с целью изучения состояния их здоровья и благополучия. Современные подростки сталкиваются с целым рядом возможностей и проблем, которые могут повлиять на их здоровье и благополучие. Это переживания, связанные с физическим и психическим здоровьем, взаимоотношениями, школой, условиями жизни в сообществе и доступом к ресурсам. Департамент общественного здравоохранения будет использовать информацию, полученную в ходе данного опроса, для разработки программ, выделения финансирования и формирования политики, которые позволят более эффективно поддерживать молодежь в данный период.

Что потребуется от моего ребенка для участия в опросе?

Если вы не возражаете против участия вашего ребенка, ему будет предложено пройти одноразовый онлайн-опрос. Этот процесс займет около 15–20 минут. Он содержит вопросы о доступе вашего ребенка к основным потребностям и ресурсам, о его здоровье и психическом благополучии, опыте употребления психоактивных веществ, образовании, безопасности, источниках информации о здоровье, районе проживания и демографических характеристиках. Информация, полученная в ходе этого опроса, поможет выявить проблемы, с которыми сталкивается молодежь. Участие в опросе является полностью **добровольным**. Если ваш ребенок не примет участие в опросе, **никаких мер** в отношении вас или вашего ребенка принято не будет. Кроме того, подростки могут в любой момент прекратить участие в опросе без каких-либо последствий и пропустить любые вопросы, на которые они не желают отвечать.

Как будет защищена конфиденциальность моего ребенка?

Все полученные ответы отправляются в Департамент общественного здравоохранения штата Массачусетс, который рассматривает их как конфиденциальные. В ходе опроса не будет запрашиваться никакая личная информация, такая как имя, адрес, номер телефона или адрес электронной почты. Собранные демографические данные (такие как возраст, пол, расовая/этническая принадлежность, сексуальная ориентация) не будут использоваться Департаментом общественного здравоохранения штата Массачусетс для идентификации вашего ребенка. Ответы ребенка на вопросы анкеты объединяются с ответами других подростков для составления общей статистической информации, по которой невозможно установить личность отдельных учащихся.

Существуют ли какие-либо риски?

Вопросы анкеты вряд ли вызовут у вашего ребенка дискомфорт или причинят вред. Однако ваш ребенок может пропустить любой вопрос, если он не хочет на него отвечать. Риск утери или разглашения конфиденциальной информации крайне низок. Департамент общественного здравоохранения штата Массачусетс разработал процедуры, направленные на минимизацию этого риска.

В чем заключаются преимущества данного исследования?

Информация, полученная в ходе данного опроса, предоставит программам Департамента общественного здравоохранения штата Массачусетс ценные сведения об особых проблемах, с которыми сталкивается молодежь в данный период, и поможет департаменту в его усилиях по удовлетворению потребностей, выявленных в ходе опроса. Кроме того, он позволит получить новую информацию о возникающих проблемах, с которыми сталкивается молодежь штата Массачусетс.

Дополнительная информация

[Название молодежной организации] проводит данный опрос по поручению Департамента общественного здравоохранения штата Массачусетс. Если у вас возникнут вопросы по поводу данного опроса, обратитесь к [контактному лицу в организации] или [контактному лицу в Департаменте общественного здравоохранения].

Вашему ребенку будет предоставлена возможность принять участие в опросе, если вы не сообщите нам, что не хотите, чтобы он в нем участвовал. Поэтому вам нужно вернуть эту форму только в том случае, если вы **НЕ** хотите, чтобы ваш ребенок принимал участие в опросе.

Если вы не хотите, чтобы ваш ребенок принимал участие, заполните и верните эту форму в (укажет молодежная организация) не позднее (укажет молодежная организация).

Мой ребенок, указанный ниже, **не** может принимать участие в данном опросе.

Имя ребенка

Подпись родителя/опекуна

Дата