# Passive Parental Consent Form – Russian

**Уважаемый родитель/опекун:**

Департамент здравоохранения штата Массачусетс сотрудничает с [*organization name*] для проведения опроса молодых людей в возрасте 14–17 лет, чтобы узнать о здоровье и благополучии молодежи штата Массачусетс. Пандемия COVID-19 продолжает оказывать влияние на здоровье молодежи, ее поведение и доступ к образованию, занятости и другим ресурсам. Департамент здравоохранения будет использовать информацию об этих воздействиях и другом опыте молодежи для информирования о программах, финансировании и политике, разработанных для своевременного оказания поддержки молодежи.

**Какого участие моего ребенка в опросе?**

Если вы не возражаете против участия вашего ребенка, ему будет предложено один раз заполнить онлайн-опрос. Прохождение опроса займет около 15–20 минут. В опросе будут заданы вопросы об опыте вашего ребенка в связи с пандемией COVID-19, доступе к основным потребностям и ресурсам, здоровье и психическом благополучии, опыте употребления психоактивных веществ, образовании, занятости, безопасности, источниках информации о новостях, соседях и демографических данных. Информация, полученная в ходе этого опроса, поможет определить области потребностей среди молодежи или групп молодежи, которые более других затронуты чрезвычайными ситуациями в области общественного здравоохранения, такими как COVID-19. Опрос абсолютно **добровольный.** Против вас или вашего ребенка не будут предприняты **никакие действия**, если ваш ребенок не примет участие в опросе. Кроме того, молодые люди могут прекратить участие в опросе в любой момент без штрафных санкций и могут пропустить любые вопросы, на которые они не хотят отвечать.

**Как будет защищена конфиденциальность моего ребенка?**

Все ответы на опросы будут отправлены в Департамент здравоохранения штата Массачусетс, который будет рассматривать все ответы как конфиденциальные. В опросе не будет запрашиваться какая-либо личная информация, такая как имя, адрес, номер телефона или адрес электронной почты. Собранная демографическая информация (например, возраст, пол, расовая/этническая принадлежность, сексуальная ориентация) не будет использоваться Департаментом здравоохранения штата Массачусетс для идентификации вашего ребенка. Ответы вашего ребенка на опрос будут объединены с другими ответами молодежи для создания общей статистической информации, которая не может идентифицировать отдельных учащихся.

**Есть ли риски?**

Вопросы анкеты вряд ли приведут к какому-либо дискомфорту или вреду. Однако ваш ребенок может пропустить любой вопрос, на который он не хочет отвечать. Существует очень низкий риск потери или разглашения конфиденциальной информации. В Департаменте здравоохранения штата Массачусетс действуют процедуры для сведения к минимуму этого риска.

**Каковы преимущества исследования?**

Информация, собранная в ходе этого опроса, предоставит программам Департамента здравоохранения штата Массачусетс ценную информацию об уникальных проблемах, с которыми сегодня сталкивается молодежь, и поможет Департаменту в его усилиях по удовлетворению потребностей, выявленных в ходе опроса. Он также предоставит новую информацию о продолжающемся влиянии COVID-19 на молодое население Массачусетса.

**Прочая информация**

[Youth organization name] проводит этот опрос для Департамента здравоохранения штата Массачусетс. Если у вас есть какие-либо вопросы об этом опросе, пожалуйста, свяжитесь с [контактным лицом в организации] или [контактным лицом в отделе общественного здравоохранения]

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

**Если вы не хотите, чтобы ваш ребенок участвовал**, пожалуйста, заполните и верните эту форму *(Youth org will designate)* не позднее *(Youth org will designate)*.

Мой ребенок, имя которого указано ниже, **не может** принимать участие в этом опросе.

Имя ребенка

Подпись родителя / опекуна

Дата