# Passive Parental Consent Form – Simplified Chinese

**亲爱的家长/监护人：**

马萨诸塞州公共卫生部 (Massachusetts Department of Public Health) 正在与 [*organization name]* 开展合作，对 14-17 岁的青少年进行调查，以了解马萨诸塞州青少年的身心健康情况。COVID-19 疫情继续对青少年的健康、行为以及教育、就业和其他资源的获取产生持续影响。公共卫生部将利用有关这些影响和其他青少年经历的信息，为在此时更好地支持青少年的方案规划、资金和政策提供信息。

**调查会要求我的孩子做什么？**

除非您反对您的孩子参与，否则他们将需要完成一个一次性在线调查。调查完成时间约为 15-20 分钟。调查将询问您孩子的 COVID-19 疫情经历、对基本需求和资源的获取情况、身心健康、物质使用经历、教育、就业、安全、获取新闻的信息来源、街区和人口背景。本调查获得的信息将帮助确定青少年或受 COVID-19 等突发公共卫生事件影响比其他人更直接的青少年群体的需求领域。是否完成调查完全**自愿**。如果您的孩子不参加，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候停止参与调查而不受处罚，也可以选择跳过不想回答的任何问题。

**将如何保护我孩子的隐私？**

所有调查答复将发送至 MA 公共卫生部，该部门将对所有调查回答作保密处理。调查不会要求提供任何个人身份信息，如姓名、地址、电话号码或电子邮件。MA 公共卫生部不会将收集到的人口统计信息（如年龄、性别、种族/民族、性取向）用于识别您孩子的身份。您的孩子的调查回答将与其他青少年的回答相结合，以创建一般性统计信息，不会识别学生个人的身份。

**是否有任何风险？**

调查问题不太可能导致任何不适或伤害。然而，您的孩子可能会拒绝回答任何他们不想回答的问题。机密信息丢失或泄露的风险非常低。MA 公共卫生部已制定相关程序，以尽量减少这种风险。

**调查的好处是什么？**

从该调查中收集的信息将为 MA 公共卫生部门的计划提供有关青少年在此期间面临的独特问题的宝贵信息，并将帮助该部门努力解决调查中确定的需求。它还将提供有关 COVID-19 对马萨诸塞州青少年人口产生的持续影响的新信息。

**其他信息**

[Youth organization name] 为 MA 公共卫生部开展该调查。如果您对此调查有任何疑问，请与 [组织联系人] 或 [公共卫生部联系人] 联系。

您的孩子将有机会参加调查，除非您告诉我们您不希望其参加。因此，请仅在您**不**希望孩子参加的情况下返回此表格。

**如果您不希望您的孩子参加**，请填妥此表格并在 *(Youth org will designate)* 之前将其交回至 *(Youth org will designate)*。

下述我的孩子可能**不会**参加该调查。

儿童姓名

家长/监护人签名

日期