



## 洛杉磯縣心理健康部 工作人員/志願者/實習人員觀察同意書

### 同意與授權

下方簽名的客戶\*或負責成年人\*\*，同意並授權上述機構/計劃的工作人員、志願者及/或實習人員觀察心理健康服務會談，以供教育、訓練及/或服務品質提升使用。

下方簽署人了解並確認以下事項：

1. 我有權隨時拒絕其他工作人員、志願者或實習人員觀察我的會談。
2. 簽署本同意書不會影響我接受心理健康服務的提供或服務品質。
3. 觀察僅會基於教育、訓練及/或品質保證的目的進行。
4. 本同意完全出於自願。
5. 除非本人（或我的法定代表人\*\*）以書面方式撤回同意，或本人終止接受服務，否則本同意持續有效。
6. 觀察可透過單向觀察鏡／觀察窗進行，或於我與心理健康服務提供者會談時，在同一室內進行。

### 確認及簽名

|             |         |     |
|-------------|---------|-----|
| 客戶*簽名：      | 客戶姓名：   | 日期： |
| 負責成年人**簽名：  | 與客戶的關係： | 日期： |
| 見證人/口譯員簽名*： | 口譯語言：   | 日期： |

### 語言口譯及副本紀錄：

本同意書已以 \_\_\_\_\_ 語向客戶及/或負責成年人進行口譯。（注意：如簽署的是本同意書的翻譯版本，請將翻譯版本附於本英文版本後。）

### \* 簽署人副本提供情形：

本機密資訊依據州及聯邦法律與法規提供予您，包括但不限於適用的《福利與機構法》（Welfare and Institutions Code）、《民法典》（Civil Code）及 HIPAA 隱私標準。除法律另有允許外，未經相關個案/授權代表事先書面同意，不得複製本資訊以供進一步揭露。本資訊於原申請所載目的完成後，應予銷毀。

姓名：\_\_\_\_\_ 身分證號：\_\_\_\_\_

機構 \_\_\_\_\_ 服務提供者編號：\_\_\_\_\_

洛杉磯縣－心理健康部



|                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 已向簽署人提供本同意書副本                          |     |
| <input type="checkbox"/> 簽署人拒絕領取本同意書副本                          |     |
| 提供／拒絕日期：_____ 工作人員姓名首字母簽名：_____                                 |     |
| <b>工作人員例外情形及撤回同意紀錄</b><br>(僅供工作人員填寫；適用於客戶/負責成年人未簽署或撤回同意時)       |     |
| <input type="checkbox"/> 客戶願意接受服務，但不願簽署本同意書。                    |     |
| <input type="checkbox"/> 客戶不同意接受觀察。                             |     |
| <input type="checkbox"/> 客戶/負責成年人先前已提供同意，但希望自 _____ (日期) 起撤回同意。 |     |
| 工作人員簽名：                                                         | 日期： |

\*未成年客戶：未成年客戶如以本人簽名接受服務，其臨床紀錄中須存有已簽署的《未成年人同意書》。

\*\*負責成年人：依法須由監護人、受監護人或未成年人的父母擔任。

\*\*\*見證人/口譯員：指見證本表簽署的人員（工作人員或其他人士），或將本表口譯為其他語言供客戶理解的人員。

|                                                                                                                                                                    |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 本機密資訊依據州及聯邦法律與法規提供予您，包括但不限於適用的《福利與機構法》（Welfare and Institutions Code）、《民法典》（Civil Code）及 HIPAA 隱私標準。除法律另有允許外，未經相關個案/授權代表事先書面同意，不得複製本資訊以供進一步揭露。本資訊於原申請所載目的完成後，應予銷毀。 | 姓名：_____ 身分證號：_____<br><br>機構 _____ 服務提供者編號：_____<br><br>洛杉磯縣－心理健康部 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|