

LAUREL HELPING HANDS
422 Montgomery Street. Laurel, Maryland 20707
Phone: (240) 294-1304 Fax: (301) 617-2869
Email: LHH@laurel.md.us Website: <http://www.cityoflaurel.org>

***CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN
PROCESO DE ENCUESTA DE LOS SERVICIOS FAMILIARES DEL DEPARTAMENTO DE CONDADO DE
PRINCE GEORGE***

Laurel Helping Hands recibe fondos a través del Departamento de Familia del Condado de Prince George Servicios (el Departamento). El Departamento está solicitando su permiso para comunicarse con usted una vez después que termines la consejería en Laurel Helping Hands y le pregunte sobre su satisfacción con los servicios de asesoramiento prestados por nuestra agencia.

Se le preguntara:

- 1) ¿Cómo calificaría la calidad de los servicios que ha recibido?
- 2) Si los servicios que recibió lo ayudaron a manejar sus problemas de manera más efectiva; y
- 3) ¿Si sientes que tus metas se cumplieron?

Con su permiso, se contactará con usted 6 meses después de que su familia finalice la consejería. El Departamento establece que solo el personal del Departamento del Condado que haya firmado un acuerdo confidencial tendrá acceso a esta información y que la información de contacto se destruirá 12 meses después de que la reciba.

Es su elección si desea participar en esta encuesta. Si decide **no** participar, **aún recibirá consejería**.

Por favor, marque a continuación si desea o no desea participar en este proceso. **Si desea participar**, su firma autorizará a Laurel Helping Hands a divulgar su información de contacto al Departamento.

NO, No doy permiso para que Laurel Helping Hands divulgue mi información de contacto al Departamento de Servicios para Familias del Condado. Por favor firme abajo.

SÍ, concedo permiso a Laurel Helping Hands para que divulgue mi información de contacto al Departamento de Servicios para Familias del Condado. Por favor firme abajo.

En caso afirmativo, deseo ser contactado de la siguiente manera (Marque y complete UNO de los siguientes):

Numero: _____

E-mail: _____

Dirección de Envio: _____

Nombre del Niño: _____
(Primero) (Medio) (Apellido)

Nombre del Padre/Guardian: _____
(Primero) (Medio) (Apellido)

Padre/Guardian Firma: _____ Fecha: _____

Testigo/Consejero Firma: _____ Fecha: _____