

Ventura County Special Education Local Plan Area (SELPA)
INFORMED CONSENT FOR SOCIAL EMOTIONAL SERVICES

Student: _____	DOB: _____	Age: _____
----------------	------------	------------

I, the undersigned, hereby authorize and give my consent for myself or my minor child to receive consultation and/or school-based social emotional services from the Ventura County Special Education Local Plan Area (SELPA). The purpose of these services is to address social/emotional barriers that may prevent a student from accessing their educational program. I understand that these services will be provided by a licensed LCSW or MFT, MSW Associate or MSW student, or an MFT Intern or MFT Trainee, in accordance with the Board of Behavioral Science regulations and California Code of Regulations, Title 5, Sec. 3051.9; 3051.10; 3051.11; and 3051.13

I understand that Social Emotional Services may include the following:

- 1) Interviews and consultation with school district staff and administrators
- 2) Review of school records
- 3) Interviews and consultation with parents
- 4) Interviews with student and school observations
- 5) Interviews and consultation with members of the IEP team
- 6) Participation in time limited group or individual counseling

Social emotional services have both benefits and risks. Risks sometimes include experiencing uncomfortable feelings such as sadness, guilt, anxiety, anger, and frustration. Therapy often requires discussing unpleasant aspects of life. Benefits may be a significant reduction in feelings of distress, more adaptive coping skills, healthier thought patterns, better relationships, and resolution of specific problems. Although there are no guarantees about what will happen, most people find therapy a helpful and rewarding experience. In addition, parent participation may enhance the child's progress.

By signing this consent, I am indicating that I understand that the information regarding my child and my child's family will be kept confidential with the exception of situations that may be harmful to the health and safety of others, including myself and my children. I am also agreeing to participate in, at minimum, an initial meeting (in person or by phone) with the SELPA social emotional services provider to discuss services and treatment and I understand that such services may not begin until such a contact is made.

I hereby agree with the terms for social emotional services provided by Ventura County SELPA. I understand that I have the right to receive a copy of this authorization and that this release will be in effect for the time that my child is receiving services from the Ventura County Special Education Local Plan Area (SELPA). I also understand that if my child has these services written on an IEP and I would like to make any changes, the IEP Team will need to reconvene to discuss my concerns before any such changes can be made.

_____ Client	_____ Date
_____ Parent/Guardian	_____ Date
_____ Witness	_____ Date

*(If 14 years old or under, the legal guardian signs. If 14 to 18, the legal guardian and the minor sign)
(If client is 18 years old or older, only the client's signature is needed)*

Area del Plan Local de Educación Especial del Condado de Ventura (SELPA)
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Estudiante: _____ FDN: _____ Edad: _____

Yo, el/la abajo firmante, mediante esto autorizo y doy mi consentimiento para mi mismo/a o mi hijo/a menor para recibir consulta y/o servicios de salud mental basados en la escuela por el Area del Plan Local de Educación Especial del Condado de Ventura (SELPA). El propósito de estos servicios es para dirigir barreras sociales/emocionales que pueden prevenir al estudiante a tener acceso a su programa educativo. Entiendo que estos servicios serán proveídos por un/una LCSW o MFT, MSW Asociado o estudiante MSW, o un Practicante MFT o Aprendiz MFT, en acuerdo con las reglas del Consejo de Ciencias de Comportamiento y las reglas del Código de California, Título 5, Sec. 3051.9; 3051.10; 3051.11; y 3051.13

Yo entiendo que los Servicios de Salud Mental pueden incluir lo siguiente:

- 1) Entrevistas y consulta con personal del distrito escolar y administradores
- 2) Repaso de archivos escolares
- 3) Entrevistas y consulta con los padres
- 4) Entrevistas con el estudiante y observaciones en la escuela
- 5) Entrevistas y consulta con miembros del equipo del IEP
- 6) Participación en consejería en grupo o individual en tiempo fijado

Los servicios de Salud Mental tienen ambos beneficios y riesgos. Los riesgos en veces incluyen la experiencia de sentimientos incómodos como tristeza, culpabilidad, ansiedad, enojo, y frustración. La terapia frecuentemente requiere la discusión de aspectos desagradables de la vida. Los beneficios pueden ser la significativa reducción de sentimientos de angustia, mas habilidades adaptables para sobresalir, pautas de pensamientos mas saludables, mejores relaciones, y resolución de problemas específicos. Aunque no hay garantías en lo que va a pasar, la mayoría de personas encuentran la terapia como una experiencia útil y gratificante. En adición, la participación de los padres puede mejorar el progreso del niño/a.

En firmar este consentimiento, estoy indicando que yo entiendo que la información sobre mi hijo/a y su familia se mantendrá confidencial con la excepción de situaciones que puedan causar daño a la salud y seguridad de otros, incluyendo a mi mismo/a y mis hijos. También estoy de acuerdo con participar en, por lo mínimo, una reunión inicial (en persona o por teléfono) con el proveedor de salud mental de SELPA para hablar sobre servicios y tratamiento y entiendo que tales servicios no empezarán hasta que tal contacto se haga efectuado.

Por este medio acuerdo con las condiciones de los Servicios de Salud Mental proveídos por el SELPA del Condado de Ventura. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización y que esta autorización estará en efecto por el término en cual mi hijo/a esté recibiendo servicios del Area del Plan Local de Educación Especial del Condado de Ventura (SELPA). También entiendo que si estos servicios son escritos en el IEP de mi hijo/a y quiero hacer cambios, el equipo del IEP tendrá que reunirse para discutir mis preocupaciones antes de que se puedan efectuar cambios.

Cliente

Fecha

Padre/Tutor

Fecha

Testigo

Fecha

*(Si tiene 14 años o menor, el padre/tutor firma. Si tiene 14 a 18, el padre/tutor y el menor firma)
(Si el cliente tiene 18 años o es mayor, solo se necesita la firma del cliente)*