

## 衛生福利部 113-114 年度 15-45 歲青壯世代心理健康支持方案同意書

本人 \_\_\_\_\_ 在經過合作機構說明後，已充分瞭解本方案內容、風險、益處、相關權益及規範，同意參與衛生福利部 113-114 年度 15-45 歲青壯世代心理健康支持方案，並願意遵守下列規定：

- (1) 同意僅使用本方案之補助服務至多 3 次，且如先前已有至其他合作機構接受本案補助之情事，應據實告知。如有虛偽不實，願負一切法律責任，並主動向合作機構繳回第 4 次起之溢領心理諮商補助費用，每次新臺幣壹仟陸佰元整。
- (2) 對於已排定或已預約之心理諮商，如連續 2 次無故未依約接受心理諮商，合作機構得拒絕提供其服務。
- (3) 若接受通訊心理諮商服務，應於接受通訊心理諮商前，於鏡頭出示有效身分證明文件及同意合作機構拍照保存該畫面，以利佐證受補助條件。
- (4) 同意衛生福利部蒐集本人相關個人資料，但僅作為去識別分析、研究及評估本方案政策成效，及稽核本方案合作機構服務品質等公務目的使用。

\_\_\_\_\_（合作機構）及 \_\_\_\_\_（地方衛生主管機關）針對上開本人各項資料，應妥為保管，以供日後相關單位查核服務執行狀況。

立書人： \_\_\_\_\_

立書人地址： \_\_\_\_\_

立書人身分證字號： \_\_\_\_\_

立書人電話： \_\_\_\_\_

合作機構： \_\_\_\_\_

合作機構說明人員： \_\_\_\_\_

### 衛生福利部 關心您！

※同意書之記載如有虛偽不實，填寫人恐觸犯刑法偽造文書或登載不實罪，將依法追究相關法律責任。