



Dear Parent/Guardian of \_\_\_\_\_,

The Double Peak School Counseling Department is forming **short-term counseling groups** for students who might need support with varying challenges. Your student was referred by a teacher or staff member for one of the following groups.

- **Zones of Regulation**- self-regulation group, expected/unexpected behaviors, coping tools, problem solving skills
- **Social Skills**- relationship skills, empathy and perspective taking, balancing speaking and listening, different types of communication
- **Worry Superheroes/Worry Warriors**- anxiety management, coping strategies for calming the mind and body
- **Cool Cats Anger Management**- strategies to manage frustration and anger, self-regulation tools, accepting “no” as an answer
- **Handling Family Change**- support with family change due to divorce, adoption, etc., coping strategies when living in multiple homes
- **Healthy Friendships**- positive friendship characteristics, perspective-taking, conflict resolution
- **Coping Tools**- strategies to manage varying feelings, stress management
- **Self- Esteem**- understanding my strengths, positive self-talk, coping strategies

Groups will provide a safe space for students to create connections with others while learning valuable strategies and tools. Meetings will be held weekly for 6-8 sessions, each about 30-40 minutes, during the school day.

If you have any questions, please feel free to contact us at [lori.lindsey@smusd.org](mailto:lori.lindsey@smusd.org) and [alana.friedman@smusd.org](mailto:alana.friedman@smusd.org).

*Lori Lindsey, M.Ed., PPS*  
School Counselor

*Alana Friedman, LCSW, PPS*  
School Social Worker

---

This group is voluntary for the student and their family. I understand that my child will miss some academic classwork during this time and will be responsible for making up any missing work.

Please indicate if you would like your child to join a group.

**Yes**, I would like for my child to participate in a group. I will also complete the consent sheet on the following page.

**No**, my child will not participate in a group.

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Parent Phone Number/Email: \_\_\_\_\_

Group Start Date: Week of October 28th

*Please return to Counseling Office by Wednesday, October 23rd*

**Parent/Guardian Consent for Individual/Group Counseling Support**  
School Based Counseling Support

We are pleased to announce that Double Peak School is offering students optional counseling support on campus. Your child has been referred for this service in order to help him/her reduce barriers and achieve greater academic success. Please read the information regarding services below and sign on the following page.

I grant permission for my minor child: \_\_\_\_\_ (print student's name) to participate in the individual/group counseling support provided by Alana Friedman, School Social Worker and/or Master of Social Work (MSW). Interns are current students in graduate (MSW or MS) level courses and are accruing internship hours with San Marcos Unified School District (SMUSD) as per an agreement with their respective universities. Interns will fulfill an internship for the 2023-2024 academic school year and are supervised by SMUSD School Social Workers. I understand that services can be provided by interns and/or SMUSD School Social Workers.

I understand that school-based counseling support entails weekly structured groups and/or individual counseling sessions: weekly, biweekly, monthly, or student led check-ins depending on the student's needs. Services may include phone contact, home visits, and referrals to additional resources. School-based counseling services will only be offered in accordance with the academic calendar (i.e. services will not occur during scheduled school breaks). In order to promote my child's successful completion of this program, I will make myself available for any feedback necessary and/or participate in sessions if requested/needed and scheduling permitted. Services will be terminated after brief intervention (**typically 6-8 individual and 8-12 group sessions**) with the exception of crisis situations. If further services are needed I will seek additional mental health services outside of the school-setting.

I further understand that confidential information about my child will not be disclosed to entities outside the school district without a signed release to do so, except as mandated by law. **These legal exceptions to confidentiality include: suspected child, elder or dependent adult abuse or if the minor threatens harm to self or others. Confidential information may be withheld or shared with the parent/guardian at the discretion of the school social worker/counselor/intern(s) in the best interest of the child.** Within the school district, information will only be disclosed to the extent necessary for the coordination of school-based services with school and district staff in the best interest of my child (i.e. a need to know basis). The utmost discretion will be used in these interactions and my child's confidentiality will be upheld to the greatest extent possible. None of my child's personal information will be put in his/her permanent record.

I understand that this consent is required in order for my child to participate in this program. I hereby attest that I am legally authorized to give consent for my child to participate in these counseling support services. If there are stipulations requiring both parents provide consent for services I will inform the School Social Worker/Counselor/intern of this requirement and provide evidence to support this. I understand that it is my right to accept, refuse, or to stop the services at any time through written statement to Alana Friedman. This consent will expire at the end of the 2024-2025 school year unless otherwise specified.

If my child is or may become eligible for public benefits (Medi-Cal): I authorize the LE/district to release student information for the limited purpose of billing Medi-Cal/Medicaid and to access Medi-Cal health insurance benefits for applicable services.  YES  NO  N/A - My child is currently not eligible for Medi-Cal

**My signature indicates I have read the above or had it explained to me, understand, and agree to the services as detailed.**

Name of Parent/Guardian:	Date:
Signature of Parent/Guardian:	
Name of Student:	Date of Birth:
Name of Social Worker/Counselor: Alana Friedman, LCSW, PPSC	Date Received:
Social Worker/Counselor Signature:	

**Consentimiento de los Padres o Tutores Legales Para Servicios de Asesoramiento Individual/Grupal**

Servicios de Asesoramiento Realizados en la Escuela

Estamos encantados de anunciar que Alana Friedman está ofreciendo servicios de asesoramiento a los estudiantes en el plantel escolar. Se ha recomendado que su hijo(a) reciba estos servicios, con el fin de ayudarlo a lograr un mayor éxito en sus estudios. Por favor, lean la siguiente información con respecto a estos servicios y firmen la página siguiente.

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) de menor de edad: \_\_\_\_\_ (nombre del alumno) participe en el asesoramiento de apoyo individual/grupal proporcionada por la trabajadora social Alana Friedman, y/o pasantes del programa MSW/MS. Los pasantes del programa MSW/MS, son estudiantes del programa de maestría que necesitan acumular horas de prácticas con el Distrito Escolar Unificado de San Marcos (SMUSD), por sus siglas en inglés, según un memorando de entendimiento entre SMUSD y sus respectivas facultades de estudios de posgrado. Los pasantes del programa MSW terminarán prácticas al fin del año lectivo 2023-2024 y estarán supervisados por los trabajadores sociales de SMUSD. Entiendo que los servicios pueden ser prestados por pasantes del programa MSW y/o trabajadores sociales escolares de SMUSD.

Tengo entendido que los servicios de asesoramiento de las escuelas implican sesiones de asesoramiento semanales, ya sea en grupo o individuales: una vez a la semana, quincenal, mensual o citas cortas cuando el estudiante las desea y dependiendo de las necesidades del estudiante. Los servicios pueden incluir contacto telefónico, visitas al hogar y la recomendación de acudir a otros servicios. Los servicios de asesoramiento de las escuelas solo se ofrecen de acuerdo con el calendario académico (es decir, no se ofrecerán los servicios durante las vacaciones escolares programadas). Con el fin de contribuir a que mi hijo termine el programa con éxito, voy a estar disponible para proporcionar cualquier información necesaria y / o participar en sesiones si fuese necesario y si tengo el tiempo debido disponible. Servicios terminaran después de una breve intervención (**generalmente sesiones son de 6-8 individuo y 8-12 por grupo**) con la excepción de situaciones de crisis. Si mi hijo(a) necesita servicios adicionales, puedo llamar a mi compañía de seguros o cualquiera de los recursos comunitarios de salud mental adjunto a este consentimiento para que mi hijo(a) reciba asesoramiento continuo.

Además, entiendo que la información confidencial de mi hijo no será compartida con entidades fuera del distrito escolar sin autorización escrita, salvo por mandato legal. **Estas excepciones legales a la confidencialidad incluyen: sospecha de abuso de niños, adultos mayores o adulto dependiente, o si el menor de edad amenaza hacerse daño a sí mismo o a otros. Información confidencial puede ser negada o compartida con el padre o tutor a la discreción de la trabajadora(o) social, o consejera(o), o interna(o) en el mejor interés de su hija(o).** Dentro del distrito escolar, solo se compartirá información en la medida necesaria para la coordinación de los servicios (que se realizan en la escuela) con el personal del distrito escolar y por el bien de mi hijo. En estas interacciones, se tendrá la mayor discreción posible y se protegerá el acuerdo de confidencialidad de mi hijo lo más posible. Ninguno de los datos personales de mi hijo será incluido en su expediente permanente.

Entiendo que este consentimiento es necesario para que mi hijo participe en este programa. Tengo el derecho legal de consentir a la participación de mi hijo en estos servicios. Si existe una estipulación que requiere que ambos padres den su consentimiento para los servicios, le informaré al trabajador social de la escuela/ pasante del programa MSW y le entregaré el comprobante necesario. Entiendo que tengo el derecho de aceptar, rechazar o detener los servicios en cualquier momento, mediante declaración escrita dirigida a Alana Friedman. Al final del año escolar 2024-2025, se vencerá este consentimiento, salvo que se indique lo contrario.

Si mi hijo(a) es o puede llegar a ser elegible para beneficios públicos de (Medi-Cal): Yo autorizo a LEA/Distrito, revelar información del estudiante para el propósito limitado de facturación a Medi-Cal/Medicaid y acceder a Medi-Cal beneficios del seguro de salud para los servicios correspondientes.  SI  NO  N/A - **Mi hijo actualmente no es elegible para Medi-Cal**

**Mi firma indica que he leído el texto anterior o que se me explicó, que lo entiendo y que estoy de acuerdo con los servicios que se detallan.**

Nombre del Padre/Tutor Legal:	Fecha de Hoy:
Firma del Padre/ Tutor Legal:	
Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:
Nombre/Firma de la Trabajadora Social/Consejera:	Fecha de Hoy: