

فرم رفع مسئولیت لوازم شیردوش

شیردوش چندکاربره

شیردوش برای استفاده شخصی

شیردوش دستی

تجهیزات ارائه شده:

لوازم و وسایل کمکی شیردوش

کیت متعلقات شیردوش

این بخش را کارمند WIC باید تکمیل کند.

نام کارمند: _____

نام شرکت کننده: _____

شماره شناسایی شرکت کننده: _____

شماره سریال شیردوش: _____

تاریخ بازگرداندن شیردوش چندکاربره: _____

اطلاعات درباره موارد زیر به مشتری داده شده است:	بله	خیر
نحوه استفاده از شیردوش		
نحوه تمیز کردن شیردوش		
اطمینان یافتن از مناسب بودن کلاهک (فقط هنگام توزیع شیردوش)		
نحوه گرفتن شیر از سینه مادر		
نحوه حفظ (حجم) شیر مادر		
نحوه نگهداری ایمن شیر مادر		
راهنمایی درباره دوشیدن شیر و شیردهی		

این بخش را شرکت کننده یا کارمند باید تکمیل کند.

- **حضور:** شرکت کننده هر ردیف را تأیید می کند. علامت (X) را به نشانه «بله یا بررسی شده» بزنید.
- خدمات از راه دور: کارمند WIC باید همراه با شرکت کننده بررسی کند. علامت (X) را به نشانه «بله یا بررسی شده» بزنید.

اطلاعاتی که کارمند در قسمت بالا علامت زده به من ارائه شده است.	
کاملاً با نحوه استفاده از شیردوش و لوازم آن آشنا هستم.	
آگاه هستم که این شیردوش فقط برای استفاده شخصی من است. واکزار کردن یا فروش این شیردوش، از جمله قرار دادن آن در رسانه های اجتماعی و هر پلتفرم دیگر برای فروش، برخلاف قوانین WIC است.	
طرف 2 روز کاری (به استثنای تعطیلات آخر هفته و تعطیلات رسمی) در مورد استفاده از شیردوش و برای پاسخ به هرگونه سؤال یا نگرانی با من تماس گرفته خواهد شد.	
آگاه هستم که با استفاده از اطلاعات تماس ذکر شده در انتهای این فرم، از دفتر WIC تا این تاریخ با من تماس گرفته خواهد شد:	
کارمند، با ذکر حروف اول نام و نام خانوادگی خود در این قسمت، تأیید می کند که این تاریخ را بازبینی کرده است:	
موافقت می کنم که هیچ گونه ادعای مسئولیت مالی یا شخصی علیه برنامه WIC ایالت واشینگتن، پیمانکاران یا سازمان های محلی آن، یا هیچ مقام یا کارمندی که با برنامه WIC مرتبط است، بابت هرگونه خسارت، هزینه یا آسیب شخصی ناشی از استفاده از این شیردوش مطرح نکند.	
(فقط برای شیردوش چندکاربره) موافقت می کنم که تا این تاریخ این شیردوش را تمیز و سالم برگردانم: _____.	
(فقط برای شیردوش چندکاربره) آگاه هستم که این شیردوش به من قرض داده شده است. اگر دیگر به شیردوش نیازی نداشته باشم یا گزینه جایگزین بهتری در دسترس باشد، ممکن است از من درخواست شود شیردوش را برگردانم.	
(فقط برای شیردوش چندکاربره) آگاه هستم که این شیردوش جزو دارایی های برنامه WIC ایالت واشینگتن است. اگر پس از مدت زمان معقولی این شیردوش را برنگردانم یا با دفتر WIC تماس نگیرم، ممکن است از من خواسته شود که هزینه شیردوش را به برنامه WIC بپردازم.	
اگر هرگونه سؤال یا نگرانی درباره استفاده از لوازم شیردوش و/یا حمایت در زمینه شیردهی داشته باشم، با کارکنان WIC از طریق _____ (شماره تلفن) تماس خواهم گرفت.	
کاملاً با این فرم آشنا شدم و نسخه ای از آن را دریافت کردم.	

فرم رفع مسئولیت لوازم شیردوش (ادامه)

امضای کارمند: _____ تاریخ: _____

امضای شرکت‌کننده: _____ تاریخ: _____

خدمات از راه دور: شرکت‌کننده رضایت شفاهی داده است تا کارمند WIC با علامت زدن این کادر به‌جای امضای شرکت‌کننده، از طرف او فرم را امضا کند.

اطلاعات تماس شرکت‌کننده (نشانی پستی/شماره تلفن همراه، خانه و محل کار):

شخص رابط جایگزین (شخصی که در صورت امکان‌پذیر نبودن تماس با شما، با او تماس می‌گیریم، نام/شماره تلفن/نشانی ذکر شود):

در صورت تغییر نشانی یا شماره تلفن، به کارکنان WIC اطلاع دهید.

این مؤسسه ارائه‌دهنده خدمات با فرصت‌های برابر برای همگان است. WIC واشینگتن تبعیض قائل نمی‌شود. برای دریافت این سند در قالبی دیگر، با شماره تلفن 1-800-841-1410 تماس بگیرید. مشتریان ناشنوا یا دچار مشکلات شنوایی، لطفاً با 711 (Washington Relay) تماس بگیرید یا به نشانی wic@doh.wa.gov ایمیل ارسال کنید



DOH 961-1216 February 2024 Farsi