

نموذج إخلاء المسؤولية عن توريد مضخة الثدي

المعدات المُقدَّمة: ☐ مضخة يدوية ☐ مضخة للاستخدام الشخصي ☐ مضخة متعددة المستخدمين
☐ مجموعة الأدوات المرفقة بالمضخة ☐ لوازم المضخة والأدوات المساعدة الخاصة بالمضخة

يكمل موظف برنامج WIC هذا القسم. اسم الموظف: _____

نعم	لا	المعلومات المُقدَّمة للمستفيدة حول طريقة:
☐	☐	استخدام المضخة
☐	☐	تنظيف المضخة
☐	☐	التأكد من مقياس المضخة المناسب للثدي (يعتمد ذلك على مواصفات المضخة نفسها)
☐	☐	تعصير حليب الثدي باليد
☐	☐	الحفاظ على استمرار إدرار اللبن
☐	☐	تخزين لبن الأم بشكل آمن
☐	☐	الحصول على مساعدة بشأن استخدام المضخة والرضاعة الطبيعية

اسم المشاركة: _____

رقم بطاقة الهوية الخاصة بالمشاركة: _____

الرقم التسلسلي للمضخة: _____

رقم: _____

تاريخ إعادة المضخة متعددة المستخدمين: _____

تُكمل المشاركة أو يكمل موظف برنامج WIC هذا القسم.

- شخصيًا: تُقر المشاركة باطلاعها على كل بند. يتم وضع علامة (X) على عبارة "نعم أو تم الاطلاع عليه".
- عن بُعد: يقوم موظف برنامج WIC بمراجعة البنود مع المشاركة. يتم وضع علامة (X) على عبارة "نعم أو تم الاطلاع عليه".

لقد حصلت على جميع المعلومات التي وضع عليها الموظف علامة أعلاه.	
أفهم تمامًا كيفية استخدام المضخة واللوازم الخاصة بها.	
أدرك أن هذه المضخة مخصصة لاستخدامي الشخصي فقط. يُعد التنازل عن هذه المضخة أو بيعها، بما في ذلك نشر إعلان لبيعها على مواقع التواصل الاجتماعي أو أي منصات أخرى، انتهاكًا لقواعد برنامج WIC.	
سأتلقى اتصالاً خلال يومي (2) عمل (ما عدا عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية) بشأن استخدام المضخة والإجابة عن أي أسئلة أو استفسارات.	
أدرك أن مكتب برنامج WIC سيتصل بي بحلول هذا التاريخ: _____ من خلال الاستعانة بمعلومات الاتصال المدرجة في أسفل هذا النموذج.	
يُقر الموظف بمراجعة هذا التاريخ من خلال التوقيع بالأحرف الأولى هنا:	
أوافق على عدم رفع أي دعوى تتعلق بالمسؤولية المالية أو الشخصية ضد برنامج WIC في ولاية واشنطن، أو الجهات المتعاقدة معه، أو الوكالات المحلية التابعة له، أو أي مسؤول أو موظف مرتبط ببرنامج WIC، بشأن أي تعويضات خسائر، أو نفقات، أو ضرر شخصي ينتج عن استخدام هذه المضخة.	
(لمستخدمي المضخة متعددة المستخدمين فقط) أوافق على إعادة هذه المضخة في حالة نظيفة وصالحة للعمل بحلول هذا التاريخ: _____.	
(لمستخدمي المضخة متعددة المستخدمين فقط) أدرك أنه تمت إعادة هذه المضخة لي، وأنه قد يُطلب مني إعادة المضخة إذا لم أعد بحاجة إليها، أو إذا تمت إتاحة بديل أفضل للاستخدام.	
(لمستخدمي المضخة متعددة المستخدمين فقط) أدرك أن هذه المضخة ملك برنامج WIC في ولاية واشنطن. وإذا لم أقم بإعادتها أو الاتصال بمكتب برنامج WIC خلال فترة زمنية معقولة، فقد يُطلب مني دفع تكلفة المضخة لبرنامج WIC.	
سأتصل بموظف برنامج WIC على الرقم: _____ (رقم الهاتف) إذا كانت لدي أي أسئلة أو استفسارات بشأن استخدام المضخة ولوازمها و/أو إذا كنت بحاجة إلى أي دعم بشأن الرضاعة الطبيعية.	
لقد فهمت هذا النموذج تمامًا وتلقيت نسخة منه.	

نموذج إخلاء المسؤولية عن توريد مضخة الثدي (تابع)

توقيع الموظف: _____ التاريخ: _____

توقيع المشاركة: _____ التاريخ: _____

☐ عن بُعد: قُدمت المشاركة موافقة شفوية لموظف برنامج WIC للتوقيع نيابة عنها عن طريق تحديد هذا المربع بدلاً من توقيع المشاركة.

للموظف: يُرجى التأكد من العنوان ورقم الهاتف الحاليين للمشاركة على Cascades. ثم حدد مربع اختيار أدناه وتابع للانتقال إلى "جهة الاتصال البديلة".
☐ لم يتغير العنوان ورقم الهاتف الخاصين بالمشارك.

☐ تغير العنوان و/أو رقم الهاتف الخاص بالمشارك. يُرجى تحديث معلومات التواصل مع المشارك على Cascades.

جهة الاتصال البديلة (الجهة التي نتصل بها إذا تعذر الاتصال بك، الاسم/الهاتف/العنوان):

تعليقات أخرى (اختيارية):

يُرجى إبلاغ موظف برنامج WIC في حالة تغير عنوانك أو رقم هاتفك.

تلتزم هذه المؤسسة بمبدأ تكافؤ الفرص. لا يمارس برنامج WIC في واشنطن أي نوع من أنواع التمييز.
لطلب هذا المستند بتنسيق آخر، اتصل بالرقم 1-800-841-1410. بالنسبة للعملاء الصم أو ضعاف السمع، يُرجى الاتصال بالرقم 711 (Washington Relay): أو مراسلة عنوان البريد الإلكتروني wic@doh.wa.gov.



DOH 961-1216 October 2024 Arabic