

Форма освобождения от ответственности при предоставлении молокоотсоса

Предоставленное оборудование: ☐ Ручной молокоотсос ☐ Молокоотсос для личного пользования
☐ Молокоотсос для нескольких пользователей ☐ Набор для установки молокоотсоса
☐ Вспомогательные аксессуары для молокоотсоса

Этот раздел должен заполнить сотрудник WIC.

Имя сотрудника: _____

Да	Нет	Предоставленная клиенту информация	
		Использование молокоотсоса	Имя участника программы: _____
		Чистка молокоотсоса	Идентификатор участника: _____
		Подтверждение надлежащего состояния фланца (только при выдаче молокоотсоса)	Серийный номер молокоотсоса: № _____
		Способы сбора грудного молока вручную	Дата возвращения молокоотсоса для нескольких пользователей: _____
		Поддержание лактации	
		Безопасное хранение грудного молока	
		Получение помощи с лактацией и использованием молокоотсоса	

Этот раздел должен заполнить участник или сотрудник.

- **Лично:** участник подтверждает каждый пункт и ставит отметку (X), что означает «Да» или «Просмотрено».
- **Удаленно:** сотрудник WIC согласует документ с участником, а затем ставит отметку (X), что означает «Да» или «Просмотрено».

	Мне предоставили всю информацию, отмеченную сотрудником выше.
	Я полностью понимаю, как правильно использовать молокоотсос и сопутствующие инструменты.
	Я понимаю, что этот молокоотсос предназначен только для меня, а если я его отдам, продам или размещу объявление о продаже в социальных сетях или на любых других платформах, то нарушу правила WIC.
	Со мной свяжутся в течение 2 рабочих дней (за исключением выходных и праздников), чтобы узнать о моем опыте использования молокоотсоса, ответить на любые вопросы или обсудить опасения.
	Я понимаю, что сотрудник WIC свяжется со мной до _____ (дата), используя контактную информацию в конце этой формы. Сотрудник подтверждает, что ознакомился с этой датой, указав здесь инициалы: _____
	Я соглашаюсь не подавать жалобу в связи с личной или финансовой ответственностью сотрудников программы WIC в штате Вашингтон, а также подрядчиков, местных организаций, официальных лиц или работодателей, связанных с программой WIC, из-за ущерба, расходов или травм в результате использования этого молокоотсоса.
	(Только в случае получения молокоотсоса для нескольких пользователей.) Я соглашаюсь вернуть этот молокоотсос в чистом и рабочем состоянии до _____ (дата).
	(Только в случае получения молокоотсоса для нескольких пользователей.) Я понимаю, что этот молокоотсос предоставляется мне на время. Меня могут попросить вернуть молокоотсос, если он мне больше не нужен или при наличии лучшей альтернативы.
	(Только в случае получения молокоотсоса для нескольких пользователей.) Я понимаю, что этот молокоотсос — собственность учредителей программы WIC в штате Вашингтон. Если я не верну молокоотсос или не свяжусь с сотрудниками WIC в течение разумного периода времени, меня могут попросить возместить учредителям программы WIC его стоимость.
	Если у меня возникнут опасения или вопросы относительно использования молокоотсоса и (или) поддержания лактации, я свяжусь с сотрудниками WIC по номеру телефона _____.
	Я полностью понимаю текст этой формы, и мне выдали ее копию.

Форма освобождения от ответственности при предоставлении молокоотсоса (продолжение)

Подпись сотрудника: _____

Дата: _____

Подпись участника: _____

Дата: _____

- ☐ **Удаленно:** сотрудник WIC получил устное согласие от участника на подписание этой формы от своего имени; для этого сотрудник оставит здесь пометку вместо подписи участника.

Сотрудник: подтвердите текущий адрес и номер телефона участника, указанные в Cascades. Затем поставьте флажок ниже **и** заполните поле «Запасной контакт».

- ☐ Адрес и номер телефона участника **не изменились.**
- ☐ У участника изменился адрес и/или номер телефона. Обновите контактную информацию участника в Cascades.

Запасной контакт (к кому мы обратимся, если с вами невозможно будет связаться; имя / номер телефона / адрес):

Другие комментарии (необязательно):

Если ваш адрес или номер телефона изменится, сообщите об этом сотрудникам WIC.

Это учреждение предоставляет равные возможности.
Программа WIC в штате Вашингтон является недискриминационной.
Запросить этот документ в другом формате можно по номеру телефона 1-800-841-1410. Если вы страдаете нарушением слуха, обращайтесь по телефону 711 (Washington Relay) или по электронной почте wic@doh.wa.gov.



DOH 961-1216 October 2024 Russian