

## Форма звільнення від відповідальності в разі надання молоковідсмоктувача

Надане обладнання: ☐ Ручний молоковідсмоктувач ☐ Молоковідсмоктувач для особистого використання  
☐ Молоковідсмоктувач для кількох користувачів ☐ Набір для встановлення молоковідсмоктувача  
☐ Допоміжні інструменти для молоковідсмоктувача

Цей розділ повинен заповнити працівник WIC.

Ім'я працівника: \_\_\_\_\_

| Так | Ні | Надана клієнту інформація                                                           |
|-----|----|-------------------------------------------------------------------------------------|
|     |    | Використання молоковідсмоктувача                                                    |
|     |    | Чищення молоковідсмоктувача                                                         |
|     |    | Підтвердження належного стану фланця (тільки під час отримання молоковідсмоктувача) |
|     |    | Способи зціджування грудного молока вручну                                          |
|     |    | Підтримка лактації                                                                  |
|     |    | Безпечне зберігання грудного молока                                                 |
|     |    | Допомога зі зціджуванням молока та лактацією                                        |

Ім'я учасника: \_\_\_\_\_

Ідентифікатор учасника: \_\_\_\_\_

Серійний номер молоковідсмоктувача: \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

Дата повернення молоковідсмоктувача для кількох користувачів: \_\_\_\_\_

Цей розділ повинен заповнити учасник або працівник.

- **Особисто:** учасник підтверджує кожен пункт і ставить позначку (X), що означає «Так» або «Переглянуто».
- **Відалено:** працівник WIC переглядає документ разом з учасником, а потім ставить позначку (X), що означає «Так» або «Переглянуто».

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Мені надано наведену вище інформацію, позначену працівником.                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|  | Я цілком розумію, як користуватися молоковідсмоктувачем і допоміжними інструментами.                                                                                                                                                                                                                                                    |
|  | Я розумію, що цей молоковідсмоктувач призначений лише для мене й що його передавання іншій особі або продаж, включно з розміщенням оголошення про продаж у соціальних мережах або на інших платформах, вважається порушенням правил WIC.                                                                                                |
|  | Зі мною зв'яжуться <b>впродовж 2 робочих днів</b> (окрім вихідних і святкових днів), щоб дізнатися про мій досвід використання молоковідсмоктувача та відповісти на будь-які запитання чи обговорити занепокоєння.                                                                                                                      |
|  | <b>Я розумію, що працівник WIC зв'яжеться зі мною до:</b> _____ (дата), скориставшись контактною інформацією наприкінці цієї форми.<br><b>Працівник підтверджує, що ознайомився із цією датою, зазначивши ініціали:</b> _____                                                                                                           |
|  | Я погоджуюся не подавати скаргу у зв'язку з особистою або фінансовою відповідальністю співробітників програми WIC у штаті Вашингтон, а також підрядників, місцевих організацій, посадових осіб або співробітників, пов'язаних із програмою WIC, через шкоду, витрати або травми внаслідок використання цього молоковідсмоктувача.       |
|  | (Тільки в разі використання молоковідсмоктувача для кількох людей.) Я погоджуюся повернути цей молоковідсмоктувач чистим і готовим до експлуатації до _____ (дата).                                                                                                                                                                     |
|  | (Тільки в разі використання молоковідсмоктувача для кількох людей.) Я розумію, що цей молоковідсмоктувач надається мені для тимчасового використання і мене можуть попросити повернути його, якщо він мені більше не потрібен або за наявності кращої альтернативи.                                                                     |
|  | (Тільки в разі використання молоковідсмоктувача для кількох людей.) Я розумію, що цей молоковідсмоктувач – власність програми WIC у штаті Вашингтон. Якщо я не поверну його або не зв'яжусь з офісом WIC протягом прийнятного проміжку часу, мене можуть попросити сплатити суму вартості молоковідсмоктувача керівництву програми WIC. |
|  | Якщо в мене виникнуть питання або сумніви щодо використання аксесуарів для молоковідсмоктувача або підтримання лактації, я зв'яжусь з працівниками WIC за номером телефону _____.                                                                                                                                                       |
|  | Я цілком розумію, що написано в цій формі, і мені надали її копію.                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## Форма звільнення від відповідальності в разі надання молоковідсмоктувача (продовження)

Підпис працівника: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Підпис учасника: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

☐

**Відалено:** учасник надав усну згоду працівнику WIC на підписання цієї угоди від свого імені у формі позначки в цьому полі замість свого підпису.

**Співробітник:** підтвердьте поточну адресу та номер телефону учасника, зазначені в Cascades. Потім поставте прапорець нижче та заповніть поле «Запасний контакт».

☐

Адреса та номер телефону учасника не змінилися.

☐

В учасника змінилися адреса та/або номер телефону. Оновіть контактну інформацію учасника в Cascades.

Запасний контакт (з ким ми зв'яжемося у разі відсутності зв'язку з вами, ім'я / номер телефону / адреса):

Інші коментарі (необов'язково):

Якщо ваша адреса чи номер телефону зміняться, повідомте про це працівника WIC.

Ця установа надає однакові можливості всім. Програма WIC у штаті Вашингтон є недискримінаційною. Щоб отримати цей документ в іншому форматі, зателефонуйте за номером 1-800-841-1410. Клієнтів із глухотою або з ослабленим слухом просимо телефонувати за номером 711 (Washington Relay) або писати на адресу електронної пошти [wic@doh.wa.gov](mailto:wic@doh.wa.gov).



DOH 961-1216 October 2024 Ukrainian