

## 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	Ім'я учасника: _____
		Чищення молоковідсмоктувача	Ідентифікатор учасника: _____
		Підтвердження належного стану фланця (тільки під час отримання молоковідсмоктувача)	Серійний номер молоковідсмоктувача:
		Способи зціджування грудного молока вручну	№ _____
		Підтримка лактації	Дата повернення молоковідсмоктувача для кількох користувачів:
		Безпечне зберігання грудного молока	_____
		Допомога зі зціджуванням молока та лактацією	

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. <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: \_\_\_\_\_

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

Контактна інформація учасника (поштова адреса / мобільний, домашній, робочий номер телефону):

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

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 February 2024 Ukrainian