

نموذج الاتفاق على استعارة مضخة الثدي

**برنامج التغذية لمركز ولاية مين لمكافحة الأمراض والوقاية منها (**CDC**) الخاص بالنساء والرضع والأطفال** (WIC)

|  |  |
| --- | --- |
| إسم الوكالة المحلية: | طراز المضخة: رقم المضخة التسلسلي:  رقم توسيم الأصول للمضخة: |
| إسم المشاركة في البرنامج (الأم) ورقم هويتها: | إسم الطفل ورقم هويته/ها:  تاريخ ولادة الطفل: |
| رقم التليفون في المنزل:  رقم تليفون احتياطي: | إسم شخص الاتصال البديل:  رقك تليفون الشخص البديل: |
| سبب إستعارة المضخة: | |

اتفاق الاستعارة:

* **أدرك أن برنامج التغذية (CDC WIC) يعيرني مضخة للثدي.**
* **أدرك أنه يتم إعارة المضخات للمشاركات على أساس الأولوية، وأنني سوف اُرجع المضخة إذا طُلبَ ذلك منّي أو في حال نشوء أولوية أعلى من أولويتي.**
* **أدرك أنه يتوجب عليّ إرجاع المضخة في حال:**
  + **عدم تقيّدي بالمواعيد أو عدم حضوري إلى مركز** WIC
  + **بلوغ طفلي عيد ميلاده/ها الأول**
  + **إنتهاء الحاجة الطبية**
  + **حصول الطفل على كمية إضافية من حليب البودرة الصناعي تتعدى الكمية المسموح بها**
  + **عدم تمكّن موظفي** WIC **من الاتصال بي لتقييم استمرار حاجتي إلى المضخة**
* **أعلم أنني مسؤولة عن مضخة الثدي، وأنه يتوجب عليّ إرجاعها بنفس الحالة التي كانت عليها عندما استلمتها.**
* **أدرك أنه في حال عدم إرجاعي المضخة أو في حال الحقتُ بها الضرر، سوف يحملني البرنامج مسؤولية تكاليف المضخة الإجمالية. أدرك أن كلفة المضخة قد تبلغ قيمتها ما يناهز الألف (1,000) دولار.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع الزبون التاريخ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إسم الشخص الكافل (إذا كان الزبون دون سن 18) توقيع الشخص الكافل رقم تليفون الشخص الكافل

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ استعراض التجهيز والاستعمال والتنظيف \_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع موظف WIC التاريخ (التوقيع بالاحرف الأولى للموظف)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تاريخ الإرجاع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الاحرف الأولى من إسم الموظف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_