![C:\Users\hannah.james\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\F3J826A3\768px-Breastfeeding-icon-med.svg[1].png]()

**فرم توافق نامه امانت شیر دوش**

برنامه تغذیه Maine CDC WIC

|  |  |
| --- | --- |
| نام آژانس محلی: | مدل شیر دوش:شماره سریال شیردوش:**شماره برچسب اموال شیردوش:** |
| **نام و شماره شناسایی عضو (مادر)** | **نام و شماره شناسایی کودک:****تاریخ تولد کودک:** |
| **شماره تلفن منزل:****شماره تلفن جایگزین:** | **نام شخصی دیگر برای تماس:****شماره تلفن شخصی دیگر برای تماس:** |
| **دلیل برای امانت شیردوش:**  |

**توافق نامه امانت:**

* اینجانب می‌دانم که برنامه تغذیه Maine CDC WIC یک شیر دوش امانتی را در اختیار من قرار می‌دهد.
* من می‌دانم که شیر دوش‌ها بر اساس اولویت به اعضا امانت داده می‌شود و من باید بنا به درخواست و یا در صورتی که شخص دیگری در اولویت بالاتری قرار داشته باشد، شیر دوش را تحویل دهم.
* من می‌دانم که در شرایط زیر باید شیر دوش را برگردانم:
	+ جلسه ملاقاتی را از دست بدهم یا دیگر در WIC شرکت نکنم
	+ کودک به اولین تولد خود رسیده باشد
	+ نیاز پزشکی رفع شده باشد
	+ کودک شیر خشک مکمل را بیشتر از میزان مجاز دریافت می‌کند
	+ کارکنان WIC قادر نباشند برای ارزیابی نیاز مستمر من به شیر دوش، به من دسترسی پیدا کنند
* من می‌دانم که مسئولیت شیر دوش بر عهده من است و باید آن را با همان شرایط زمان تحویل، بازگردانم.
* من می‌دانم که اگر شیر دوش را بازنگردان یا به شیر دوش آسیب بزنم، برنامه WIC می‌تواند کل مبلغ شیر دوش را از من مطالبه کند. من می‌دانم که این شیر دوش تا 1000 دلار ارزش دارد.

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

امضای متقاضی تاریخ

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

نام امضا کننده مشترک (اگر متقاضی زیر 18 سال باشد) امضای مشترک شماره تلفن امضا کننده مشترک

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

امضا کارمند WIC تاریخ روش مونتاژ، استفاده و تمیزکاری بازبینی شد \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 حروف اول نام کارمند

تاریخ بازگشت: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ حروف اول نام کارمند: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_