



Multi-User Electric Breast Pump Loan Agreement Acuerdo para el préstamo de sacaleches eléctrico para usuarias múltiples



District:		Clinic:	
Name:		WIC ID #	
Infant's Name:		Infant DOB:	
Address			
City:		Zip Code:	
Phone:		2 nd Phone:	
Alternate Contact Person:			
Relationship:		Phone:	
Address:			
City:		Zip Code:	
Symphony Serial Number:			
Double Pump Kit Provided?	YES	NO	
Car Adaptor Provided?	YES	NO	
Reason for loan: Select reason from the drop down selection below.			
Razón del préstamo: Seleccione una razón del menú desplegable de abajo.			
Additional documentation as needed (Documentación adicional, según sea necesario):			
RETURN DOCUMENTATION / DOCUMENTACIÓN DE LA DEVOLUCIÓN			
Participant Signature:		Date Returned:	
Firma de la participante:		Fecha de devolución:	
WIC Staff Signature:			
Firma del personal de WIC:			

Condiciones del préstamo

Lea cada renglón y firme abajo:

- He recibido instrucciones sobre cómo armar, utilizar y limpiar el sacaleches, y entiendo cómo utilizar y limpiar el sacaleches y cómo almacenar la leche materna con seguridad. Utilizaré el sacaleches siguiendo las instrucciones sobre cómo armarlo, utilizarlo y limpiarlo.
- Entiendo que este sacaleches es propiedad del Programa WIC de Georgia y que se me entrega como préstamo. Por lo tanto, no venderé, regalaré ni permitiré que otra persona utilice este sacaleches.
- Protegeré el sacaleches contra robo o pérdida guardándolo en un lugar seguro en todo momento, e informaré a la clínica de WIC toda pérdida, robo o daño en relación con el sacaleches.
- Llamaré a la clínica de WIC si el sacaleches no funciona bien o si se rompen las piezas.
- No fumaré cerca del sacaleches.
- Estoy de acuerdo en que el sacaleches que la clínica de WIC me ha proporcionado como préstamo está limpio y funciona bien, y que lo devolveré a la clínica de WIC en las mismas condiciones.
- Devolveré el sacaleches si ya no lo necesito, si me mudo de Georgia o si WIC me lo pide. Si no devuelvo el sacaleches, me comprometo a pagarle al programa WIC el costo del mismo.
- Entiendo que WIC se comunicará conmigo para proporcionarme información sobre la lactancia y evaluar si todavía necesito el sacaleches.
- Voy a seguir inscrita en WIC.
- Notificaré a WIC si cambio de nombre, dirección o teléfono.
- Autorizo al personal de WIC para que se comunique con mi contacto alternativo si no logran comunicarse conmigo.
- Me comprometo a no interponer ninguna reclamación contra el Programa WIC de Georgia, la clínica local de WIC, sus afiliadas ni ningún empleado relacionado con WIC por daños y perjuicios o gastos relacionados con el uso o la posesión del sacaleches.
- Certifico que he recibido una copia impresa del *Acuerdo para el préstamo de sacaleches eléctrico para usuarias múltiples* plenamente formalizado.
- Entiendo y acepto las condiciones del préstamo y, además, entiendo que el uso continuo del sacaleches queda a discreción del Programa WIC.

Firma de la participante: _____ **Fecha:** _____

Firma del personal de WIC: _____ **Fecha:** _____