

Contra Costa Health Services, WIC Program BREAST PUMP LOAN AGREEMENT and RELEASE FORM

Participant Information

Participants Name (Print)	WIC ID#	PARTICIPANT DOB	<input type="checkbox"/> Concord (925) 655-1700 <input type="checkbox"/> San Pablo (510) 942-4000 <input type="checkbox"/> Brentwood (925) 513-6880 <input type="checkbox"/> Pittsburg (925) 431-2460 <input type="checkbox"/> Crossroads (925) 655-1700
PHONE (CELL)	BABY'S NAME:	BABY'S DOB:	
ADDRESS	APT #	Medical Reason Pump Needed: <input type="checkbox"/> Milk supply Increase/Protecting Supply <input type="checkbox"/> Work/School <input type="checkbox"/> Not able to Breastfeed/Latch <input type="checkbox"/> High Weight Loss _____%	
CITY, ZIP		<input type="checkbox"/> Baby in NICU-Hospital _____ <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Supplementing w/Formula Yes or No	

Alternate Contacts (2 Required)

Name	Relationship to participant	City	Cell phone

BREAST PUMP LOAN TERMS AND CONDITIONS OF USE

1. I authorize WIC staff to contact the above individuals until the pump has been returned. _____ Initial
2. I understand that the breast pump is State Property, and I may not keep the pump as my personal property. _____ Initial
3. I understand that if the breast pump is stolen, or damaged in a fire, a police report will be required. _____ Initial
4. I will use the breast pump and pump parts provided according to the instructions for assembly, use, and cleaning. _____ Initial
5. I will not allow any other person to use the breast pump. _____ Initial
6. I understand that the WIC Program and its employees are NOT liable for any personal injury caused using the breast pump. _____ Initial
7. I agree to return the breast pump in clean and working condition. _____ Initial

CLEANING INSTRUCTIONS:

1. Unplug breast pump when not in use and when being cleaned.
2. Use a damp sponge or paper towel to remove all milk drops and any other substances from all sides of the breast pump including the electrical cord.
3. Remove all plastic pump parts. Save them for hand pumping or future personal electric pump use.

Pumps are inspected before check-in. you are expected to clean the pump prior to return

By signing this Agreement, I understand and agree to abide by all Terms and Conditions of Use outlined above and authorize the WIC Program to use all contact information until the pump is returned.

Date _____ Participant Signature _____

Alternate (OR Guardian if Participants under age 18) *If signed by alternate, participant's signature is required in one month.*

Date _____ Print Alternate Name _____ Signature _____

CONTRA COSTA HEALTH SERVICES, WIC PROGRAM LOANS THE FOLLOWING BREAST PUMP TO CLIENT

COMPLETE BY STAFF ONLY

<input type="checkbox"/> Medela Symphony	<input type="checkbox"/> Hygiea Endear	SERIAL NUMBER#	Staff Full Name (Print)	LOAN DATE
<input type="checkbox"/> Medela Lactina	<input type="checkbox"/> Ameda Elite			

WIC Family ID#	Next WIC appointment:
----------------	-----------------------

Complete in WIC WISE

1. Select Breastfeeding ->BF Pump & Kits ->Add Pump information and save.
(If EBP SN# not available, close pop up, send SN# to Pump coordinator to activate SN#)
2. In Alert enter EBP Serial #, EBP type and Reason for EBP loan. Place Hold
3. Scan contract into LA Breast pumps
4. Add monthly Breast Pump follow up on Infant's and Mother's ED Plan
5. Schedule Breast Pump follow up class or Breastfeeding follow up Appointment.

WIC IS AN EQUAL OPPORTUNITY PROGRAM.

Programa de WIC del Condado de Contra Costa
CONTRATO DE PRÉSTAMO DE EMERGENCIA DE BOMBA MATERNAL ELECTRICA Y AUTORIZACIÓN

Información del Participante

Nombre del Participante (letra de molde):	WIC ID#:	Fecha de nacimiento de Participante:	<input type="checkbox"/> Concord (925) 655-1700 <input type="checkbox"/> San Pablo (510) 942-4000 <input type="checkbox"/> Brentwood (925) 513-6880 <input type="checkbox"/> Pittsburg (925) 431-2460 <input type="checkbox"/> Crossroads (925) 655-1700
---	----------	--------------------------------------	--

Teléfono (celular):	Nombre de Bebe:	Fecha de Nacimiento de Bebe:
---------------------	-----------------	------------------------------

Dirección: Apt #:	Motivo del préstamo de la bomba: <input type="checkbox"/> Aumento de Leche/proteger producción <input type="checkbox"/> Trabajo/Escuela <input type="checkbox"/> No puedo dar pecho <input type="checkbox"/> Alta Pérdida de Peso _____%	<input type="checkbox"/> Infante continúa Hospitalizado _____ (Nombre de Hospital) <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Fórmula: Si No
Ciudad, Código Postal:		

Contactos Alternativos (2 requeridos)

Nombre	Relación con el Participante	Ciudad	Celular

TÉRMINOS Y REGLAS DE USO de artículos prestados del programa WIC del Condado de Contra Costa

- Autorizo al personal de WIC a contactar a los individuos arriba mencionados hasta que la bomba haya sido devuelta. _____ Iniciales
- Entiendo que la bomba es propiedad del estado y no puedo mantener la bomba como mi propiedad personal. _____ Iniciales
- Entiendo que, si la bomba es robada, o dañada en un enciendo, se requerirá un reporte policial. _____ Iniciales
- Utilizaré la bomba y el kit según las instrucciones de montaje, uso y limpieza. _____ Iniciales
- No permitiré que ninguna otra persona use la bomba. _____ Iniciales
- Entiendo que el programa WIC y sus empleados no son responsables por cualquier daño personal causado por el uso de la bomba o las instrucciones proporcionadas por el personal. _____ Iniciales
- Estoy de acuerdo en devolver el extractor de leche limpio y en buenas condiciones. _____ Iniciales

INSTRUCCIONES DE LIMPIEZA para el regreso de la bomba eléctrica:

- Desconecte la bomba eléctrica de la electricidad cuando no esté en uso y cuando la vaya a limpiar.
- Use una esponja húmeda o una toalla de papel para eliminar todos los goteos de leche y otras sustancias de todos los lados de la bomba y el cordón.
- Retire todos los accesorios de plástico. Guárdelos para el bombeo manual o el uso futuro de la bomba eléctrica.

Bombas son inspeccionadas al entregar. Es requerido que se limpien antes de entrega.

Al firmar este Acuerdo, entiendo y acepto cumplir con todos los Términos y Reglas de Uso descritos anteriormente y autorizo al programa de WIC a compartir toda la información de contacto hasta que se devuelva la bomba.

Fecha _____ Firma del participante _____

Alternativo (o si el Participante es menor de 18 años) Si es firmado por el alternativo, firma del participante es requerida en un mes.

Fecha _____ Nombre del Alternativo _____ Firma _____

CONTRA COSTA COUNTY WIC LOANS THE FOLLOWING BREAST PUMP TO PARTICIPANTS
USO DE PERSONAL SOLAMENTE (COMPLETE BY STAFF ONLY)

<input type="checkbox"/> Medela Symphony	<input type="checkbox"/> Hygiea Endeare	SERIAL NUMBER#	Staff Full Name (Print)	LOAN DATE
<input type="checkbox"/> Medela Lactina	<input type="checkbox"/> Ameda Elite			

WIC Family ID#	Next WIC Appointment:
----------------	-----------------------

Complete in WIC WISE

- Select Breastfeeding ->BF Pump & Kits ->Add Pump information and save.
(If EBP SN# not available, close pop up, send SN# to Pump coordinator to activate SN#)
- In Alert enter EBP Serial #, EBP type and Reason for EBP loan. Place Hold
- Scan contract into LA Breast pumps
- Add monthly Breast Pump follow up on Infant's and Mother's ED Plan
- Schedule Breast Pump follow up class or Breastfeeding follow up Appointment.

WIC ES UN PROVEEDOR QUE OFRECE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES