

FORMULARIO DE PRESTAMO PARA EQUIPO MEDICO

****Donaciones financieras aceptadas con gratitud****



Better Life. Better Community.

El equipo médico prestado por Better Health of Cumberland County, Inc. Es un **Préstamo Temporario por seis meses (excepción: silla de ruedas por 3 meses)**. Cuando el artículo prestado no se necesita usar más, favor de devolver lo más pronto posible, para que pueda estar disponible para la próxima persona que lo necesite. Un voluntario puede que llame para chequear sobre el equipo médico periódicamente. **Favor de llenar toda la información completa.**

INDIVIDUAL USANDO EL EQUIPO

**PARA RESIDENTES DEL CONDADO DE CUMBERLAND **

Nombre: _____ **Afiliación Militaría:** _____

Dirección: _____
Calle y Número Ciudad Código Postal

Número de teléfono: _____ **Sexo:** _____ **Raza:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Ingreso Mensual: _____ **Fuente de ingreso:** _____

Seguro Médico: _____ **# en el hogar:** _____

¿Fue recientemente hospitalizado o estuvo en el cuarto de emergencia en los últimos 7 días? ____

Equipo prestado: _____

Fecha proyectada de regreso del equipo: _____ Préstamo de 3 meses hasta
Iniciales
_____ Préstamo de 6 meses hasta
Iniciales

INDIVIDUAL RECOGIENDO EL EQUIPO

(Completar solamente si persona recogiendo es diferente que usando el equipo.)

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ **Agencia:** _____

REFERENCIAS

(Deben ser residentes del condado de Cumberland)

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____

El abajo firmante reconoce y acepta que este equipo **NO** está garantizado por Better Health of Cumberland County, Inc. contra posible malfuncionamiento O necesidad de reparación y acepta el equipo "COME ESTA" y completamente y libera a Better Health of Cumberland County, Inc de cualquier responsabilidad por cualquier fallo de funcionamiento o mal estado del artículo prestado. Es entendido que el artículo prestado es solamente temporario y si no es devuelto a Better Health of Cumberland County, Inc., Yo seré **responsable por el costo de comprar un remplazo.**

Firma: _____ **Fecha:** _____ **NCDL#:** _____
(La parte de atrás de la forma debe ser firmada también.)

Fecha de regreso: _____ **Recibido por:** _____

ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE

AUTORIZACIÓN

CONDADO DE CUMBERLAND

El abajo firmante, _____, ha solicitado el uso del equipo que pertenece a Better Health of Cumberland County (BHCC). En consideración del uso de dicho equipo, el abajo firmante, por el presente, para él y sus herederos, ejecutores, administradores, sucesores y cesionarios, libera para siempre, absuelve, suelte y exime de todas responsabilidades a Better Health of Cumberland County, y a sus empleados, funcionarios, dirigentes y agentes de cualquier y todos tipos de reclamos, causas de acción o reclamación para daños corporales o daños a la propiedad resultados de la negligencia de los empleados, funcionarios, dirigentes y agentes de Better Health of Cumberland County por cualquier desventaja derivada de la entrega y/o recogida o uso de dicho equipo. Entiendo que es mi responsabilidad inspeccionar el equipo de manera regular para asegurarme de que esté en buena condición de funcionamiento y que Better Health no pueda garantizar la condición del equipo donado.

Este es el _____ día de _____, 20_____

Firma del entrevistado/de la entrevistada

Fecha

Nombre en letra de molde del entrevistado/de la entrevistada

(Representante Autorizado/a de BHCC)

(Fecha)

(Nombre en Letra de Molde de BHCC)

Better Health of Cumberland County
1422 Bragg Boulevard
Fayetteville, NC 28301



Teléfono: (910) 483-7534 FAX: (910) 483-2157