



HEALTH EQUIPMENT LENDING PROGRAM LOAN AGREEMENT

Please complete this form with the information about the equipment user.

NAME:	DATE:
PHONE NUMBER:	HOW DID YOU HEAR ABOUT AGE?

Equipment loaned:

By signing this agreement and accepting the issued equipment, as the client or as a representative of the user/client, you understand that the equipment you are receiving is used and issued to you in good and usable condition, and the client agrees to:

- Be responsible for any repairs and maintenance to the equipment,
- Use the equipment in the manner recommended by the manufacturer of the equipment or by your doctor;
- Accept full responsibility and indemnify and hold harmless AGE of Central Texas and its partner agencies against all claims, costs, expenses, damages and liability resulting from or pertaining to the use or operation of the equipment.

Client/Representative: _____ Date: _____

Staff: _____ Date: _____

All demographic information is optional, and you will be served regardless of any information provided. Any demographic information provided is used anonymously for data reporting purposes.

ZIP CODE:		DATE OF BIRTH:			
COUNTY:	TRAVIS WILLIAMSON BASTROP HAYES UNKNOWN OTHER				
ETHNICITY:	AMERICAN INDIAN ASIAN AFRICAN-AMERICAN HISPANIC OR LATINO				
	MULTI-RACIAL WHITE OTHER UNKNOWN DO NOT WISH TO ANSWER				
GENDER	MALE FEMALE NON-BINARY / FLUID DO NOT WISH TO ANSWER				
INCOME (please check the statement that fits your situation the best): _____ Low or no income: It is hard for me to afford everything I need; or I have no income _____ Moderate income: I can afford most of what I need, but not much else. _____ High income: I can afford what I need and still have money for extras.					



ACUERDO PARA EL EQUIPO PRESTADO DEL PROGRAMA PARA LA SALUD (HEALTH EQUIPMENT LENDING PROGRAM)

Por favor, complete este formulario con la información sobre el usuario del equipo.

Nombre:	Fecha:
Número de teléfono:	¿Cómo se enteró de nosotros?

Equipo prestado (s):

Al firmar este acuerdo, usted esta aceptando el equipo que se le esta entregando como cliente o representante de la persona que lo necesita, usted esta enterado y acepta que el equipo ha sido usado y se le a asignado o entregado en buenas condiciones y como cliente o representante acepta:

- Ser responsable de cualquier reparación y mantenimiento del equipo.
- Utilizar el equipo de la manera recomendada por el fabricante del equipo o por su médico.
- Acepta la responsabilidad total e indemniza y libera de responsabilidad a AGE de Central Texas y a sus agencias asociadas contra todas las reclamaciones, costos, gastos, daños y responsabilidades derivados de/o relacionados con el uso o la operación del equipo.

Cliente/Representante: _____ Fecha: _____

Personal: _____ Fecha: _____

Toda la información demográfica es opcional, y usted será atendido independientemente de cualquier información que usted desee proporcionar. La información demográfica proporcionada es utilizada anónimamente y para uso de reportes.

CÓDIGO POSTAL:		FECHA DE NACIMIENTO:				
CONDADO:	TRAVIS WILLIAMSON BASTROP HAYES DESCONOCIDO OTRO					
ETNICIDAD:	INDIO AMERICANO ASIATICO AFROAMERICANO HISPANO O LATINO					
	MULTIRACIAL BLANCO CAUCASICO OTRO DESCONOCIDO NO DESEO RESPONDER					
GÉNERO:	MASCULINO FEMENINO NO BINARIO / FLUIDO NO DESEO RESPONDER					
INGRESOS (por favor, marque la opción que mejor se ajuste a su situación): ____ Ingresos bajos o nulos: Me resulta difícil cubrir todo lo que necesito; o no tengo ingresos. ____ Ingresos moderados: Puedo cubrir la mayoría de lo que necesito, pero no mucho más. ____ Ingresos altos: Puedo cubrir lo que necesito y aún tengo dinero para extras.						