

MARTHOMA SYRIAN CHURCH, ADOOR DIOCESE, DIALYSIS MEDICAL AID PROJECT

Patient Information Form

* Indicates required question

This form is to be filled out by the parish vicar in consultation with the dialysis patient and their family. The information provided will be kept confidential and used solely for the purpose of evaluating support through the Adoor Diocese Dialysis Assistance Program.

ഡയാലിസിസ് രോഗിയുമായും അവരുടെ കുടുംബവുമായും കൂടിയാലോചിച്ച് ശേഷം ഇടവക വികാരി ഈ ഫോം പൂരിപ്പിക്കണം. നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ രഹസ്യമായി സൂക്ഷിക്കുകയും ഡയാലിസിസ് സഹായ പദ്ധതിയിലൂടെയുള്ള പിന്തുണ വിലയിരുത്തുന്നതിന് മാത്രമായി ഉപയോഗിക്കുകയും ചെയ്യും.

PERSONAL INFORMATION

1. **1. Parish Name / ഇടവക ***

2. **2. Patient Full Name / രോഗിയുടെ മുഴുവൻ പേര് ***

3. **3. Age / പ്രായം ***

4. **4. Gender / ലിംഗം ***

Mark only one oval.

☐ Male

☐ Female

5. **5. Email/ ഇമെയിൽ**

6. **6. Phone Number / ഫോൺ നമ്പർ ***

7. **7. Permanent Address / വിലാസം ***

MEDICAL PROFILE8. **8. Are you currently undergoing dialysis? / താങ്കൾ ഇപ്പോൾ ഡയാലിസിസ് നടത്തുന്നുണ്ടോ? ***

Mark only one oval.

☐ Yes, conducting dialysis regularly

☐ No

9. **9. Frequency of dialysis per week / ഒരാഴ്ചയിലേയ്ക്ക് എത്ര പ്രാവശ്യം ഡയാലിസിസ് നടത്തുന്നു?** *

10. **10. Name of the hospital where dialysis is done / ഡയാലിസിസ് നടത്തുന്ന ആശുപത്രിയുടെ പേര്** *

11. **11. Do you receive any other dialysis support (Govt or Private)? / മറ്റൊന്നെങ്കിലും സഹായം ലഭിക്കുന്നുണ്ടോ (സർക്കാർ / സ്വകാര്യ)?** *

Mark only one oval.

☐ Yes

☐ No

12. **12. If Yes, please specify the program name and amount you are receiving / അതെ എങ്കിൽ, ദയവായി പ്രോഗ്രാമിന്റെ പേരും നിങ്ങൾക്ക് ലഭിക്കുന്ന തുകയും വ്യക്തമാക്കുക.**

13. **13. Are you covered under any insurance plan provided by the hospital where you are receiving dialysis? / നിങ്ങൾ ചികിത്സയെടുക്കുന്ന ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും നിങ്ങൾക്ക് ഇൻഷുറൻസ് കവരേജ് ലഭിക്കുന്നുണ്ടോ?** *

Mark only one oval.

☐ Yes

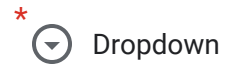
☐ No

14. **14. If Yes, please specify the insurance name and amount you are receiving /**
 അതെ എങ്കിൽ, നിങ്ങൾക്ക് ലഭിക്കുന്ന ഇൻഷുറൻസ് പേരും തുകയും
 വ്യക്തമാക്കുക.
-

FINANCIAL INFORMATION

15. **15. Number of family members living in the household/** കുടുംബത്തിലെ
 ആകെ അംഗങ്ങൾ
-

16. **16. Monthly Family Income /** കുടുംബത്തിലെ
 മാസവരുമാനം



Mark only one oval.

- ☐ Less than ₹5,000
- ☐ ₹5,000-₹20,000
- ☐ ₹20,000-₹50,000
- ☐ ₹50,000-₹100,000
- ☐ More than 100,000

17. **17. How many members of the family are currently employed? Please specify
 their relationship to the patient, type of job, and whether they work in the
 government or private sector. /** കുടുംബത്തിലെ എത്ര അംഗങ്ങൾ
 നിലവിൽ ജോലി ചെയ്യുന്നു? രോഗിയുമായുള്ള അവരുടെ ബന്ധം,
 ജോലി, സർക്കാർ മേഖലയിലാണോ സ്വകാര്യ മേഖലയിലാണോ
 ജോലി ചെയ്യുന്നത് എന്നിവ വ്യക്തമാക്കുക.
-

18. **18. Do you need financial support to continue dialysis treatment?** *

ഡയാലിസിസ് ചികിത്സ തുടരുന്നതിനായി നിങ്ങൾക്ക് സാമ്പത്തിക സഹായം ആവശ്യമാണോ?

Mark only one oval.

☐ Yes

☐ No

19. **19. Are you able to contribute towards a portion of your treatment cost? If yes, please specify the approximate percentage or amount you can manage.** *

/ നിങ്ങളുടെ ചികിത്സാ ചെലവിന്റെ ഒരു ഭാഗം സംഭാവന ചെയ്യാൻ നിങ്ങൾക്ക് കഴിയുമോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ, നിങ്ങൾക്ക് കൈകാര്യം ചെയ്യാൻ കഴിയുന്ന ഏകദേശ ശതമാനമോ തുകയോ വ്യക്തമാക്കുക.

20. **20. Do you have any other issues or challenges in continuing your treatment? If yes, please mention.**

ചികിത്സ തുടരുന്നതിന് നിങ്ങൾക്ക് മറ്റ് എങ്കിലും പ്രശ്നങ്ങളോ വെല്ലുവിളികളോ ഉണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ ദയവായി വിശദീകരിക്കുക.*

21. **21. Are you currently undergoing medical treatment for any other diseases or health conditions?** *

(If yes, please specify.) / മറ്റേതെങ്കിലും രോഗങ്ങൾക്കോ ആരോഗ്യസ്ഥിതികൾക്കോ നിങ്ങൾ നിലവിൽ ചികിത്സയിലാണോ? (ഉണ്ടെങ്കിൽ ദയവായി വിശദീകരിക്കുക.)

Upload Documents

22. **22. Upload Medical Certificate (Proof of Treatment)/ മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് അപ്ലോഡ് ചെയ്യുക (ചികിത്സയുടെ രേഖ) (PDF or Image)** *

Files submitted:

23. **23. Upload ID Proof (Aadhaar, Voter ID etc.) / ഐ.ഡി. തെളിവ് (ആധാർ, വോട്ടർ ഐഡി തുടങ്ങിയവ)** *

Files submitted:

DECLARATION

24. **I hereby declare that the above information is true to the best of my knowledge.** *

മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിന്റെ പരമാവധി ശരിയാണെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.*

Check all that apply.

☐ Yes

25. **Vicar Name / വികാരിയുടെ പേര്** *

26. **Date / തീയതി** *

Example: January 7, 2019