

कैंसर रोगी रेफरल फ़ॉर्म

* चिह्नित खाने अनिवार्य हैं · कृपया साफ़ अक्षरों में लिखें

क मरीज़			मरीज़ का फ़ोटो	
1. मरीज़ का पूरा नाम *		2. आयु *		मरीज़ का हाल का फ़ोटो यहाँ चिपकाएँ या नत्थी करें
3. लिंग *		4. परिवार के सदस्य का मोबाइल नंबर *		
5. पता — मकान, गली और मोहल्ला *		6. ज़िला *		
7. राज्य *		8. पिन कोड *		
ख इलाज				
9. अस्पताल या क्लिनिक *		10. इलाज करने वाले डॉक्टर *		केवल कार्यालय के उपयोग हेतु आवेदन क्रमांक प्राप्ति दिनांक प्राप्तकर्ता अस्पताल पैनेल में अस्पताल से पुष्टि पुष्टि करने वाले निदान की पुष्टि अनुमान की पुष्टि आय सत्यापित देखा गया प्रमाण स्वीकृत ₹ अस्पताल को भुगतान दिनांक निर्णय टिप्पणी
11. कैंसर का निदान — और यदि ज्ञात हो तो अवस्था *		12. सुझाया गया इलाज		
13. अनुमानित खर्च ₹		14. ट्रस्ट से अपेक्षित सहायता ₹ *		
15. परिवार की वार्षिक आय ₹ *		16. और कुछ जो हमें जानना चाहिए		
ग संलग्न दस्तावेज़		17. आप क्या भेज रहे हैं, उस पर निशान लगाएँ — कम से कम एक ज़रूरी है; बाकी बाद में आ सकते हैं		
18. आपका नाम *		19. मरीज़ से आपका संबंध — डॉक्टर, समाजसेवी, पुत्र, पड़ोसी *		
20. आपका मोबाइल नंबर *		21. आपका ईमेल पता *		
22. क्या आप किसी सामाजिक संस्था या एनजीओ से जुड़े हैं?		23. यदि हाँ, तो संस्था का नाम		
ङ घोषणा				
मुझे मरीज़ या उनके परिवार की अनुमति प्राप्त है कि मैं ये विवरण Mahamrityunjaya Charitable Trust के साथ साझा करूँ। मेरी जानकारी के अनुसार ऊपर दी गई सूचना सत्य है। मैं समझता/समझती हूँ कि ट्रस्ट निदान और इलाज के अनुमान की पुष्टि सीधे इलाज कर रहे अस्पताल से करता है, कि किसी भी सहायता की स्वीकृति से पहले परिवार की आय दस्तावेज़ों से सत्यापित की जाती है, और कि सहायता अस्पताल को दी जाती है, कभी परिवार को नकद नहीं।				
24. रेफर करने वाले के हस्ताक्षर		25. नाम — साफ़ अक्षरों में *		अस्पताल की मुहर
26. स्थान		27. दिनांक		
28. इलाज करने वाले डॉक्टर के हस्ताक्षर		29. डॉक्टर का नाम — साफ़ अक्षरों में		

ट्रस्ट इन जानकारियों का उपयोग कैसे करता है

मरीज़ द्वारा पढ़ा और हस्ताक्षरित किया जाए

फ़ॉर्म भेजने से पहले कृपया इसे पढ़ें। इसमें बताया गया है कि ट्रस्ट मरीज़ के बारे में क्या जानकारी लेता है, क्यों लेता है, और कौन देख सकता है।

उत्तरदायी कौन है

इस फ़ॉर्म में दी गई जानकारी के लिए महामृत्युंजय चैरिटेबल ट्रस्ट उत्तरदायी है। इस बारे में आप हमें privacy@mmct.life पर लिख सकते हैं।

हम क्या एकत्र करते हैं

मरीज़ का नाम, आयु, लिंग, पता और फ़ोन नंबर; उनका रोग, इलाज, अस्पताल और डॉक्टर; परिवार की वार्षिक आय; इस फ़ॉर्म के साथ लगाए गए दस्तावेज़; और रेफ़र करने वाले व्यक्ति का नाम व संपर्क विवरण।

हम यह क्यों एकत्र करते हैं

यह तय करने के लिए कि ट्रस्ट इस मरीज़ के कैंसर के इलाज का खर्च उठा सकता है या नहीं; इस फ़ॉर्म में दी गई बातों की पुष्टि अस्पताल, डॉक्टर और आय के दस्तावेज़ों से करने के लिए; अस्पताल को सीधे भुगतान करने के लिए; और इलाज के बाद मरीज़ का हाल जानने के लिए।

और कौन देखता है

मरीज़ का इलाज कर रहे अस्पताल और डॉक्टर, ताकि इलाज और भुगतान की व्यवस्था हो सके। इनके अलावा कोई नहीं, जब तक कानून की अपेक्षा न हो। ट्रस्ट कभी मरीज़ या किसी रिश्तेदार को भुगतान नहीं करता, और ये जानकारियाँ किसी अन्य उद्देश्य से न बेचता है न साझा करता है।

हम इसे कब तक रखते हैं

यदि ट्रस्ट इलाज का भुगतान करता है तो दस वर्ष, क्योंकि यह मामला हमारे लेखा-परीक्षित खातों का हिस्सा बनता है। यदि नहीं, तो दो वर्ष।

आपके अधिकार

मरीज़, या उनके माता-पिता या अभिभावक, यह पूछ सकते हैं कि हमारे पास क्या जानकारी है, उसे सुधारने या मिटाने के लिए कह सकते हैं, अपनी ओर से किसी को नामित कर सकते हैं, या privacy@mmct.life पर लिखकर किसी भी समय सहमति वापस ले सकते हैं। सहमति वापस लेना उतना ही आसान है जितना उसे देना, यद्यपि सहमति के बिना ट्रस्ट सहायता जारी नहीं रख पाएगा। शिकायत privacy@mmct.life पर की जा सकती है, और यदि उसका समाधान न हो तो भारतीय डेटा संरक्षण बोर्ड (Data Protection Board of India) को।

यदि मरीज़ की आयु 18 वर्ष से कम है

तो हमें माता-पिता या कानूनी अभिभावक की सहमति चाहिए। वे मरीज़ के स्थान पर नीचे हस्ताक्षर करेंगे, और हम फ़ोन पर इसकी पुष्टि करेंगे।

मरीज़ की सहमति	
मैंने यह सूचना पढ़ ली है, या इसे मुझे ऐसी भाषा में पढ़कर सुनाया गया है जिसे मैं समझता/समझती हूँ। मैं सहमत हूँ कि ट्रस्ट ऊपर बताए गए उद्देश्यों के लिए ये जानकारियाँ एकत्र कर सकता है और उनका उपयोग कर सकता है, तथा मरीज़ का इलाज कर रहे अस्पताल और डॉक्टर के साथ साझा कर सकता है। मैं समझता/समझती हूँ कि मैं privacy@mmct.life पर लिखकर किसी भी समय यह सहमति वापस ले सकता/सकती हूँ।	
30. मरीज़ का नाम *	31. मरीज़ के हस्ताक्षर *
32. दिनांक □□/□□/□□□□	33. स्थान
यदि मरीज़ की आयु 18 वर्ष से कम है, या वे हस्ताक्षर करने में असमर्थ हैं, तो उनके स्थान पर माता-पिता या कानूनी अभिभावक यहाँ हस्ताक्षर करें।	
34. माता-पिता या अभिभावक का नाम	35. मरीज़ से संबंध
36. हस्ताक्षर	37. दिनांक □□/□□/□□□□