



प्रपत्र सं. 2

मृत्यु सूचना/मृत्यु रजिस्टर

विधिक सूचनाएं

यह भाग मृत्यु पंजिका में जुड़ेगा

बुक क्र. 2015/..... क्र.....

फार्म क्र.-2/फार्म क्र.- 8

प्रपत्र सं. 2

(नियम 5 देखें)

मृत्यु सूचना पत्र

सांख्यिकी सूचनाएं

(इसे अलग करके सांख्यिकी प्रसंस्करण के लिए भेजा जाए)

बुक क्र. 2015/..... क्र.....

फार्म क्र.-2.....

(सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा)

1. मृत्यु की तिथि :.....
(मृत्यु का सही दिन, माह एवं वर्ष अंकित करें जैसे 1-1-2000)
2. मृतक का नाम :.....
मृतक का UID NO (if any)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
3. मृतक का लिंग :.....
(पुरुष या महिला अंकित करें, संक्षिप्त नहीं)
4. माता का नाम
माता का UID NO (if any)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
5. पिता का नाम :.....
पिता का UID NO (if any)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
6. (अ) पति/पत्नि का नाम
पति/पत्नि का UID NO (if any)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
7. मृतक की आयु :.....
(यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से अधिक हो तो आयु पूर्ण वर्षों में दें, यदि आयु 1 वर्ष से कम हो तो पूर्ण महिनो में दें, यदि दोनों नहीं है तो घण्टों में दें)
8. मृत्यु के समय मृतक का पता :.....
9. मृतक का स्थायी पता :.....
10. मृत्यु का स्थान : (1 अथवा 2 पर सही का निशान लगाएं तथा अस्पताल/संस्थान का नाम/पता एवं जहां मृत्यु हुई हो उस घर का पता)
 1. अस्पताल /संस्था, नाम :.....
 2. घर, पता :.....
 3. अन्य स्थान :.....
11. सूचनादाता का नाम :.....
पता :.....

12. ग्राम या शहर, जहां मृतक का निवास हो.
(मृतक जहां सामान्यतः रहता हो, क्योंकि मृत्यु की जगह भिन्न हो सकती है, यहां का पते की प्रविष्टि आवश्यक नहीं)
- क. शहर/ग्राम का नाम :.....
- ख. क्या शहर है अथवा ग्राम है (सही का निशान लगाएं)
1. शहर 2. ग्राम
- ग. जिले का नाम :.....
- घ. राज्य का नाम :.....
13. धर्म (सही का निशासन लगाएं)
1. हिन्दू 2. मुस्लिम 3. ईसाई 4. अन्य धर्म.....
(धर्म का नाम लिखें)
14. मृतक का व्यवसाय :.....
(यदि कोई व्यवसाय नहीं हो तो शून्य लिखें)
15. मृत्यु से पूर्व प्राप्त चिकित्सा का प्रकार : (सही का निशान लगाएं)
1. संस्थागत 2. संस्थागत के अलावा अन्य चिकित्सा
2. कोई चिकित्सा प्राप्त नहीं की
16. क्या मृत्यु का कारण चिकित्सीय रूप से प्रमाणित किया गया: (सही का निशान लगाएं)
1. हाँ 2. नहीं
17. बीमारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण :
(सभी मृत्यु के लिए चाहे चिकित्सीय रूप में प्रमाणित हो अथवा नहीं)
18. स्त्री मृत्यु की दशा में क्या मृत्यु गर्भावस्था में, प्रसूति के समय या गर्भावस्था के समाप्त होने के बाद 6 माह सप्ताह के भीतर हुई: (सही निशान लगाएं)
1. हाँ 2. नहीं
19. यदि धूम्रपान का आदी थ तो कितने वर्षों से :.....
20. यदि किसी भी रूप में तम्बाकू चबाने का आदी था तो कितने वर्षों से:.....
21. यदि सुपारी (पान मसाला को सम्मिलित करते हुए) चबाने का आदि था तो कितने वर्षों से :.....
22. यदि एल्कोहल पीने का आदि था तो कितने वर्षों से :.....
(भरने वाले स्तंभ समाप्त हो गए है कृपया बाई और हस्ताक्षर करें)

सूचनादाता के हस्ताक्षर

सूचना देने वाले के हस्ताक्षर या बाएं हाथ के अंगूठे का निशान

हस्ताक्षर

बुक क्र.
फार्म क्र.-2
मृत्यु सूचना (प्रतिपण जानकारी)

(सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा)

1. मृत्यु दिनांक
2. लिंग (सही का निशान लगायें)
अ. पुरुष ब. महिला
3. मृतक का नाम व पता.....
.....
4. मृत्यु का स्थान.....
5. सूचनादाता का नाम व पता
6. सूचना दिनांक

सूचना प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर व दिनांक

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है

नाम.....कोड संख्या.....
जिला.....
तहसील.....
शहर/ग्राम.....
पंजीकरण इकाई.....
पंजीकरण संख्या.....पंजीकरण दिनांक.....
मृत्यु की तिथि..... लिंग 1. पुरुष 2. महिला
आयु.....(वर्ष/माह/दिन/घंटे)
मृत्यु का स्थान: 1 अस्पताल/संस्था, 2. घर 3. अन्य स्थान
क्या मृत्यु प्रमाण पत्र बनाया गया है? हाँ/नहीं
अगर हाँ तो परिवार के सदस्य द्वारा लिया गया है हाँ/नहीं

रजिस्ट्रार का नाम व मोहर सहित हस्ताक्षर