

मृत्यु रिपोर्ट

रजिस्ट्रीकरण
यूनिट

ग्राम / नगरपालिका / तालुक / तहसील / प्रखण्ड / थाना / जिला.....

1. मृत्यु की तारीख
2. मृत व्यक्ति का पूरा नाम
3. पिता / पति का नाम
4. मृत्यु का स्थान
5. उम्र
6. लिंग : पुरुष / स्त्री
7. वैवाहिक स्थिति
8. पेशा
9. धर्म
10. राष्ट्रीयता
11. स्थायी पता

12. मृत्यु का कारण
13. क्या चिकित्सक ने प्रमाणित किया है?

 - हाँ या नहीं

14. यदि कोई चिकित्सा परिचर्चा

 - की गई तो उसका प्रकार

15. सूचना देनेवाले का नाम पता

स्थान

तारीख

सूचना देनेवाले का हस्ताक्षर या
बांये अंगुठे का निशान

टिप्पणी - अगर व्यक्ति कोई काम नहीं करता हो तो पेशा के स्तर में छून्य लिखित करें।

आवेदन पत्र

सेवा में
रजिस्ट्रार
जन्म एवं मृत्यु

विषय :- मृत्यु प्रमाण पत्र निर्गत करने के सम्बन्ध में

महाशय,

उपर्युक्त विषय के सम्बन्ध में कहना है की मुझे अपने का मृत्यु प्रमाण पत्र की आवश्यकता है पूर्व में मेरे द्वारा प्रमाण पत्र नहीं लिया गया है।

अतः अनुरोध है की मुझे मृत्यु प्रमाण पत्र निम्नलिखित विवरणों के अनुसार उपलब्ध कराने की कृपा की जाये।

1. मृत्यु की तारीख :-

2. मृतक का नाम (ENGLISH) :-

(साफ साफ ENGLISH के बड़े अक्षरों में)

3. आधार नंबर:-

4. लिंग :-

5. पति /पिता का नाम (ENGLISH) :-

(साफ साफ बड़े अक्षरों में)

आधार नंबर :-

6. पत्नी का नाम (ENGLISH):-

(साफ साफ बड़े अक्षरों में):-

आधार नंबर :-

7. माता का नाम (ENGLISH):-

(साफ साफ बड़े अक्षरों में)

आधार नंबर :-

8. मृत्यु का स्थान (ENGLISH):-

9. वर्तमान पता(ENGLISH) :-

.....
.....
.....
.....

10. स्थाई पता :-

.....
.....
.....
.....

नोट - मृतक का वोटर कार्ड की छायाप्रति के साथ जमा करे।

Mobile No. _____

E-mail id- _____

आवेदन पत्र

सेवा में
रजिस्ट्रार
जन्म एवं मृत्यु

विषय :- मृत्यु प्रमाण पत्र निर्गत करने के सम्बन्ध में

महाशय,

उपर्युक्त विषय के सम्बन्ध में कहना है की मुझे अपने का मृत्यु प्रमाण पत्र की आवश्यकता है पूर्व में मेरे द्वारा प्रमाण पत्र नहीं लिया गया है।

अतः अनुरोध है की मुझे मृत्यु प्रमाण पत्र निम्नलिखित विवरणों के अनुसार उपलब्ध कराने की कृपा की जाये।

1. मृत्यु की तारीख :-

2. मृतक का नाम (ENGLISH) :-

(साफ साफ ENGLISH के बड़े अक्षरों में)

3. आधार नंबर:-

4. लिंग :-

5. पति /पिता का नाम (ENGLISH) :-

(साफ साफ बड़े अक्षरों में)

आधार नंबर :-

6. पत्नी का नाम (ENGLISH):-

(साफ साफ बड़े अक्षरों में):-

आधार नंबर :-

7. माता का नाम (ENGLISH):-

(साफ साफ बड़े अक्षरों में)

आधार नंबर :-

8. मृत्यु का स्थान (ENGLISH):-

9. वर्तमान पता(ENGLISH) :-

.....
.....
.....
.....

10. स्थाई पता :-

.....
.....
.....
.....

नोट - मृतक का वोटर कार्ड की छायाप्रति के साथ जमा करे।

Mobile No. _____

E-mail id- _____

आंगनबाड़ी सेविका/सहिया (अधिसूचक) का प्रतिवेदन (जन्म/मृत्यु)

पंजी का क्रमांक :- दिनांक - /

प्रमाणित किया जाता है कि आवेदक श्री/श्रीमति
.....पिता/पति.....

.....ग्राम/वार्ड संख्या

.....पोस्ट.....थाना ...

....., जिला धनबाद के निवासी हैं, जो मेरे पोषक क्षेत्र
के अन्तर्गत है। मेरे आंगनबाड़ी केन्द्र में उपलब्ध जन्म/मृत्यु

पंजी के अनुसार सूचना निम्नवत् है :-

1. शिशु/मृतक का नाम -
 2. पिता/पति का नाम
 3. जन्म/मृत्यु की तिथि
 4. जन्म/मृत्यु का स्थान
- है।

(.....)
सेविका/सहिया का पूर्ण हस्ताक्षर
मो० न०
केन्द्र संख्या.....
वार्ड संख्या.....
मुहर

मृत्यु-जाँच प्रतिवेदन

1. जाँचकर्ता का नाम :—
2. पदनाम :— सहायक सांखिकी पदाधिकारी
3. मृतक का नाम :—
4. मृत्यु का स्थान :—
5. मृत्यु की तिथि :—
6. दो स्थानीय गवाह का नाम एवं हस्ताक्षर :—

क्र० सं०	नाम	पिता का नाम	मृतक से संबंध	पूरा पता	हस्ताक्षर

7. जाँचकर्ता का मन्तव्य : स्थानीय जाँच एवं आवेदन के साथ संलग्न कागजात के आधार पर घटना, स्थान एवं तिथि की जाँच की गयी। प्रतिवेदित आवेदन में मृत्यु स्थल घनबाद नगर निगम, कतरास अंचल के अन्तर्गत पड़ता है। आवेदक के कथनानुसार पूर्व में मृत्यु निबंधन नहीं हुआ है इसलिए जन्म/मृत्यु अधिनियम 1969 की धारा 13(1), 13(2) एवं 13(3) के अन्तर्गत विलम्बित मृत्यु निबंधन की स्वीकृति दी जा सकती है।

जाँचकर्ता का हस्ताक्षर

- आवेदन के साथ साक्ष्य के लिए जांचकर्ता लगाताराल**
1. मृतक का आधार कार्ड अथवा बोटर कार्ड या संबंधित अन्य दस्तावेज साक्ष्य।
 2. आवेदक एवं माता, पिता का आधार कार्ड, पेन कार्ड मो० न० एवं हस्ताक्षर सहित।
 3. वार्ड पार्श्वद का अनुशंसा, प्रत्रांक दिनांक सहित मूल कॉपी लाये।
 4. दो निष्पक्ष एवं स्थानीय गवाह का मृत्यु स्थान एवं मृत्यु तिथि से संबंधित अनुशंसित एवं हस्ताक्षरित आधार कार्ड मो० न० एवं हस्ताक्षर सहित।
 5. दाह संस्कार (श्मसान घाट) एवं कब्रिस्तान का प्रमाण पत्र जिसमें मृत्यु तिथि अंकित हो।
 6. अस्पताल से निर्गत मृत्यु-प्रमाण पत्र (Brought Dead Certificate) की छाया प्रति यदि मृत्यु अस्पताल के बाहर हुआ हो तो।
 7. मृत्यु यदि रोड दुर्घटना में हुआ हो तो F.I.R. Copy and Postmortem Report की छायाप्रति।
 8. शपथ पत्र
 9. मृत्यु रिपोर्ट प्रपत्र
 10. सेविका से अनुशंसित प्रमाण पत्र मो० न० सहित।
 11. आवेदन पत्र मो० न० सहित।
 12. मृतक का फोटो
 13. आवेदक का स्वघोषण पत्र

कार्यालयः धनबाद नगर निगम

(अंचल - धनबाद / कतरास / छाताटांड / सिंदरी एवं झारिया धनबाद)

पत्रांक / दिनांक

प्रेषकः— सहायक नगर आयुक्त—सह—रजिस्ट्रार (जन्म / मृत्यु),
धनबाद नगर निगम, धनबाद।

सेवा में

अनुमण्डल पदाधिकारी, धनबाद।

जिला सांख्यिकी पदाधिकारी

—सह—अपर जिला रजिस्ट्रार(जन्म / मृत्यु), जिला—धनबाद।

विषयः— विलम्बित जन्म / मृत्यु की घटना के निबंधन की स्वीकृति देने के संबंध में।

महाशय,

उपर्युक्त विषय के संबंध में संसूचित करना है कि आवेदक
..... पिता

सा० पो०

वार्डसं० थाना

जिला — धनबाद द्वारा समर्पित आवेदन पत्र, भापथ पत्र एवं अन्य संबंधित कागजातों का स्थानीय जाँच श्री प्रमोदकुमार , सहायक सांख्यिकी पदाधिकारी द्वारा कराया गया है।

आवेदक / आवेदिका के पिता / पति / पुत्र / पुत्री / भाई / बहन

..... का जन्म / मृत्यु दिनांक
को में हुआ है।

इनके जन्म / मृत्यु की घटना का निबंधन पूर्व में धनबाद नगर निगम, धनबाद, अंचल छाताटांड / कतरास में नहीं हुआ है।

अतः जन्म / मृत्यु अधिनियम 1969 की धारा 13(2) / 13(3) के तहत जन्म / मृत्यु निबंधन की स्वीकृति आदेश दिया जा सकता है।

विश्वासभाजन

सहायक सांख्यिकी पदाधिकारी
धनबाद नगर निगम,
अंचल छाताटांड / कतरास

सहायक नगर आयुक्त
—सह—
रजिस्ट्रार (जन्म / मृत्यु)
धनबाद नगर निगम,
धनबाद।

आंगनबाड़ी सेविका/सहिया (अधिसूचक) का प्रतिवेदन (जन्म/मृत्यु)

पंजी का क्रमांक :- दिनांक - /

प्रमाणित किया जाता है कि आवेदक श्री/श्रीमति

.....पिता/पति.....

.....ग्राम/वार्ड संख्या

.....पोस्ट.....थाना ...

....., जिला धनबाद के निवासी हैं, जो मेरे पोषक क्षेत्र
के अन्तर्गत है। मेरे आंगनबाड़ी केन्द्र में उपलब्ध जन्म/मृत्यु

पंजी के अनुसार सूचना निम्नवत् है :-

1. शिशु/मृतक का नाम -
 2. पिता/पति का नाम
 3. जन्म/मृत्यु की तिथि
 4. जन्म/मृत्यु का स्थान
- है।

(.....)

सेविका/सहिया का पूर्ण हस्ताक्षर

मो० न०

केन्द्र संख्या.....

वार्ड संख्या.....

मुहर

Legal information

This part to be added to the Death Register

To be filled by the informant	
1.	Date of Death : (Enter the exact day, month and year the death took place e.g. 1-1-2000)
2.	Name of the Deceased : (Full name as usually written) UID No of deceased (if any)
3.	Sex of the deceased : (Enter "Male", or "Female" or "Transgender") do not use abbreviation)
4.	Name of Mother: UID No of Mother (if any)
5.	Name of Father UID No of Father(if any)
5a	Name of husband/wife UID No of husband/wife (if any)
5b	Age of husband/wife:
5c	Contact details of husband/wife:
6.	Age of the deceased: (if the deceased was over 1 year of age, give age in completed years. If the deceased was below 1 year of age, give age in months, and if below 1 month give age in completed number of days, and if below one day, in hours)
7.	Address of the deceased at the time of death:
8.	Permanent address of the deceased:
9.	Place of death: (Tick the appropriate entry 1, 2 or 3 below and give the name of the Hospital/ Institution or the address of the house where the death took place. If other place, give location)
10.	1.Hospital/ Name : Institution 2.House Address : 3.Other Place Informant's name : UID No of Informant (if any) Address :

(After completing all columns 1 to 21, informant will date and signature here.)

Declaration:

 To the best of my knowledge and information, the detail of Aadhaar of deceased is not available.

Date : Signature or left thumb mark of the informant

Statistical information

This part to be detached and sent for statistical processing

To be filled by the informant	
11.	Town or Village of Residence of the deceased: (Place where the deceased actually lived. This can be different from the place where the death occurred. The house address is not required to be entered.) a) Name of Town/Village : b) Is it a town or village : (Tick the appropriate entry below) 1. Town 2. Village c) Name of District : d) Name of State :
12.	Religion : (Tick the appropriate entry below) 1. Hindu 2. Muslim 3.Christian 4. Any other religion: (write the name of the religion)
13.	Occupation of the deceased: (If no occupation write 'Nil')
14.	Type of medical attention received before death: (Tick the appropriate entry below) 1. Institutional 2. Medical attention other than institution 3. No medical attention
15.	To be filled by the informant Was the cause of death medically certified?: (Tick the appropriate entry below) 1.Yes 2. No
16.	Name of Disease or Actual Cause of Death : (For all deaths irrespective of whether medically certified or not)
17.	In case this is a female death, did the death occur while pregnant, at the time of delivery or within 6 weeks after the end of pregnancy: (Tick the appropriate entry below) 1.Yes 2. No
18.	If used to habitually smoke - for how many years?
19.	If used to habitually chew tobacco in any form - for how many years?
20.	If used to habitually chew arecanut in any form (including pan masala) - for how many years?
21.	If used to habitually drink alcohol - for how many years?

(Columns to be filled are over. Now put signature at left)

To be filled by the Registrar			
Registration No. : Registration Date :	Name	Code No.	Registration No. : Registration Date :
Registration Unit :	District :		Date of Death : Sex: 1.Male 2.Female
Town/Village : District :	Tahsil :		Age : Years/months/days/hours
Remarks : (if any)	Town/Village :	Registration Unit :	Place of Death : 1.Hospital/Institution 2.House 3. Other Place
Name and Signature of the Registrars		Name and Signature of the Registrar	