(விதி 5ஐ பார்க்கவும்)

(இப்பகுதியைப் பிரித்து விவரத் இறப்பு அறிக்கை படிவம் எண் –2 தொகுப்பிற்கு அனுப்ப வேண்டும்) படிவம் எண் –2 சட்டம் சார்ந்த தகவல்கள் இறப்பு அறிக்கை இந்தப் பகுதி இறப்புப் பதிவேட்டில் சேர்க்கப்பட வேண்டும் புள்ளி விவரத் தகவல்கள் தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை 1. இறந்த தேதி 15. இறப்பின் காரணத்திற்கு மருத்துவச் சான்று அளிக்ககப்பட்டுள்ளதா ? (சரியான இறந்த தேதி, மாதம் மற்றும் ஆண்டு குறிப்பிடப்பட வேண்டும்) (சரியான விவரத்தை டிக் குறியிடவும்) 11. இறந்தவர் குடியிருந்த வீடு அமைந்துள்ள நகரம் / கிராமம் (உதாரணம் 01.01.2000) 2. இல்லை (இறந்தவர் வழக்கமாக வசித்த இடம்) 2. இறந்தவரின் பெயர் இது இறப்பு நடந்த இடத்திலிருந்து வேறுபட்டதாக இருக்கலாம்) (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) (வீட்டு முகவரியைப் பூர்த்தி செய்யத் தேவையில்லை) 16. நோயின் பெயர் அல்லது இறப்பின் காரணம் ஆதார் எண் இருப்பின<u>்</u> (மருத்துவச் சான்று கொடுத்தாலும், இல்லையென்றாலும்) (அ) நகரம் / கிராமத்தின் பெயர் 3. இறந்கவரின் பாலினம் இறந்தவர் பெண் என்றால் இறப்பு ஏற்பட்டது கர்ப்பமாக இருந்த போதா அல்லது குழந்தை ஆண் / பெண் / திருநங்கை (என்று பிறப்பின் போதா அல்லது குழந்தை பிறந்து ஆறு வாரங்களுக்குள்ளா? (அ) நகரம் அல்லது கிராமம் (சரியான தகவலை டிக் குறியிடவும்) முழுமையாக எழுதவும்) 1. நகரம் 2. கிராமம் (சரியான விவரத்தை டிக் குறியிடவும்) (சுருக்கங்களைப் பயன்படுத்தக் கூடாது). 1. அம் 2. இல்லை 4. இறந்தவரின் தாயின் பெயர் 18. இறந்தவர் வழக்கமாகப் புகை பிடிக்கும் பழக்கம் உள்ளவரா ? (இ) மாவட்டத்தின் பெயர் (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) (அப்படியெனில் எத்தனை ஆண்டுகள் பிடித்தார்) ஆதார் எண் இருப்பின<u>்</u> (ஈ) மாநிலத்தின் பெயர் 5. இறந்தவரின் தந்தையின் பெயர் 19. இறந்தவா் வழக்கமாகப் புகையிலை உபயோகப்படுத்துவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) பழக்கம் ? 12. மதம் ஆதார் எண் இருப்பின் (சரியான தகவலை டிக் குறியிடவும்) 20. இறந்தவர் பான்மசாலா போன்றவற்றை வழக்கமாக உபயோகப்படுத்துவராயின் எத்தனை 1. இந்து 2. இஸ்லாம் 3. கிறிஸ்துவம் 5.அ. இறந்தவரின் கணவர் / மனைவி பெயர் ஆண்டுகளாகப் பழக்கம் ? 4. பிற மதம் (பெயரினை எழுதவும்) (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) கணவர் / மனைவியின் ஆதார் எண் இருப்பின் 21. இறந்தவர் குடிப்படிக்கம் உள்ளவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் படிக்கம்? 13. இறந்தவரின் தொழில் 5. (ஆ). இறந்தவரின் கணவர்/மனைவி வயது (இல்லையெனில், 'இல்லை' என்று குறிப்பிடவும்) 5. (இ) இறந்தவரின் கணவர்/மனைவி தொடர்பு விவரங்கள் இறப்பதற்கு முன் மருத்துவ கவனிப்பின் தன்மை (சரியான விவரத்தை (டிக்) குறியிடவும்) (நிரப்பப்பட வேண்டிய கலங்கள் முடிவடைந்தன. இடதுபக்கம் கையொப்பமிடவும்) 6. இறந்தவரின் வயது (முடிவடைந்த ஆண்டுகளில்) (இறந்தவரின் வயது ஓராண்டிற்கு மேற்பட்டிருந்தால் முடிவடைந்த ஆண்டுகளில் வயதினை எழுதவும் மருத்துவ நிலையம் இறந்தவரின் வயது ஒரு வயதுக்குக் குறைவாக இருந்தால், வயதை மாதங்களில் எழுதவும். ஒரு மாதத்திற்கும் குறைவாக இருந்தால், முடிவடைந்த நாட்களை எழுதவும் ஒரு நாளுக்குக் குறைவாக இருந்தால் மணிகளில் மருத்துவ நிலையம் அல்லாத மருத்துவ கவனிப்பு 7. இறப்பின் போது முகவரி <u>மருத்த</u>ுவ கவனிப்பு ஏதுமில்லை 8. இறந்தவரின் நிலையான வீட்டு முகவரி 9. இறந்த இடம் (குறியீட்டு எண் 1, 2 அல்லது 3 ஐ (டிக்) குறியிட்டு மருத்துவமனை / நிலையத்தின் பெயர் அல்லது வீட்டின் முகவரியினை எழுதவும். மற்ற இடம் என்றால் 3ல் இடத்தின் பெயரை குறிக்கவும்) மருத்துவனை / நிலையம் பெயர் வீடு முகவரி 2. இடத்தின் பெயர் 3. மற்ற இடம் 10. தகவல் தெரிவிப்பவரின் பெயர் (1 முதல் 21 வரை உள்ள அனைத்து கலங்களையும் நிரப்பியபின், தகவல் தெரிவிப்பவர் கையொப்பமிட்டு தேதியை குறிப்பிடவும்) தேதி தகவல் தெரிவிப்பவரது கையொப்பம் (அல்லது) இடது கைபெருவிரல் ரேகையின் பதிவு பதிவாளரால் நிரப்படவேண்டியவை பதிவாளரால் நிரப்படவேண்டியவை பதிவு செய்த தேதி பதிவு எண் பதிவு எண் பதிவு செய்த தேதி பெயர் குறியீட்டு எண் இறந்த தேதி மாவட்டம் பதிவுப்பகுதி வயது (ஆண்டுகள் / மாதம் / நாட்கள் / மணிகள்) நகரம் / கிராமம் மாவட்டம் வட்டம் பாலினம் 1. ஆண் 2. பெண் 3. திருநங்கை குறிப்புகள் (எதுவும் இருந்தால்) நகரம் / கிராமம் 1. மருத்துவமனை / நிலையம் பிறந்த இடம் பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் முகவரி . பதிவுப்பகுதி 2. வீடு 3. மற்ற இடம் பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் முகவரி

FORM NO. 2 (See Rule 5)

	(See Rule 5)	
Form No.2 Death Report	Form No.2	Form No.2
Legal Information	This part to be detached and sent for statistical processing	
This part to be added to the Death Register	Death Report	
	(Statistical Information)	
D 1 CH 11 (1 : C	TD 1 C11 11 (1 : C	7D 1 C11 11 11 1 C
To be filled by the informant	To be filled by the informant	To be filled by the informant
1. Date of Death:		
(Enter the exact day, month	Town or Village of Residence of the deceased:	15. Was the cause of death medically certified?
and year the death took place) (e.g.1.1.2000)	(Place where the deceased actually lived. This can be different	(Tick the appropriate entry below)
and year the death took place, (e.g. 1.1.2000)		
	from the place where the death occurred. The house address is	1. Yes 2. No
2. Name of the Deceased:	not required to be entered.)	
(Full name as usually written)		16. Name of Decease or Actual Cause of Death:
UID No of deceased (if any)	a) Name of Town / Village:	(for all deaths irrespective of whether medically
orb no or deceased in arry)		
	b) Is it a town or village:	certified or not)
	(Tick the appropriate entry below)	
3. Sex of the deceased:	1. Town 2. Village	17. In case this is a female death, did the death occur
Male/Female/Transgender	c) Name of District:	while pregnant, at the time of delivery or within 6
(do not use abbreviation)	d) Name of State:	weeks after the end of pregnancy:
		(Tick the appropriate entry below)
4. Name of the Mother:	12. Religion: (Tick the appropriate entry below)	
UID No of mother (if any)		1. Yes 2. No.
		1. 105 2. NO.
	1. Hindu 2. Muslim 3. Christian	
		18. If used to habitually smoke –
5. Name of the Father:	4. Any other religion: (Write the name of the religion)	for how many years?
UID No of Father (if any)		
	10 0 61 1 1	10 76 1, 1 1; 11 1 , 1
	13. Occupation of the deceased:	19. If used to habitually chew tobacco in any form –
	(If no occupation write 'Nil')	For how many years?
5.a. Name of Husband/Wife:		
(Full name as usually written)	14. Type of medical attention received before death:	20. If used to habitually chew arecanut in any form
,		
UID No of Husband/Wife (if any)	(Tick the appropriate entry below)	(including pan masala)-
		for how many years?
	1. Institutional	
51 A C H 1 1/WY		21. If used to habitually drink alcohol-
5.b. Age of Husband/Wife:	Medical attention other than institution	for how many years?
5.c. Contact details of Husband/Wife:	O No Modical attaction	ior now many years:
S.c. Contact details of Husband/wife:	3. No Medical attention	
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:		l
		(Column to be filled are over, Now put signature at left)
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)		
1. Hospital / Institution Name:		
& Address :		
2. House Address:		
3. Other place		
10. Informant's name:		
Address:		
(After completing all columns 1 to 21, informant will put date and		
signature here:)		
Date: Signature or left thumb mark of the informant		
To be filled by the Registrar	To be filled by the Desistant	
	To be filled by the Registrar	Division Divisions
Registration No: Registration Date:	Name Code No.	Registration No: Registration Date:
Registration Unit: District:	District:	Date of Death:
Town/Village:	Taluk:	Age: Years/months/days/hours
Remarks: (If any)	Town/Village:	Sex: 1. Male 2. Female 3.Transgender
icinaris, (ii ally)		
	Registration Unit:	Place of Death: 1. Hospital/Institution
		2. House 3.Other place
		1
Name and Signature of the Registrar		Name and Signature of the Registrar