

मृत्यु प्रमाण पत्र संबंधित प्रतिवेदन



ग्राम पंचायत -

- 1- आवेदक का नाम - मृतक के साथ सम्बन्ध -
- 2- मृतक के मृत्यु की तिथि उम्र लिंग
- 3- मृतक का नाम (हिंदी में) -
(अंग्रेजी में) -
- 4- मृतक का आधार का छायाप्रति या इनरोलमेंट नंबर
- 5- मृत्यु का स्थान (हिंदी में) ग्राम पोस्ट पंचायत
थाना जिला पिन नं० राज्य.....
मृत्यु का स्थान (अंग्रेजी में) ग्राम पोस्ट पंचायत
थाना जिला पिन नं० राज्य.....
- 6- पति/ पत्नी का नाम (हिंदी में) -
पति/ पत्नी का नाम (अंग्रेजी में) -
- 7- पति/ पत्नी का जन्म तारीख - आधार नं० -
- 8- पिता का नाम (हिंदी में) -
पिता का नाम (अंग्रेजी में) -
- 9- पिता का जन्म तारीख - आधार नं० -
- 10- माता का नाम (हिंदी में)-
माता का नाम (अंग्रेजी में)-
- 11- माता का जन्म तारीख - आधार नं० -
- 12- जाति - मोबाइल नं०
- 13- पिता / पति का स्थायी पता (अंग्रेजी में) ग्राम पोस्ट पंचायत
थाना जिला पिन नं० राज्य.....
- 14- पिता / पति का वर्तमान पता(अंग्रेजी में) ग्राम पोस्ट पंचायत
थाना जिला पिन नं० राज्य.....
- 15- मृतक का व्यवसाय
- 16- मृत्यु का कारण

आवेदक का हस्ताक्षर



जन्म / मृत्यु जाँच प्रतिवेदन

- 1- जांचकर्ता का नाम -
- 2- पदनाम -
- 3- तिथि -
- 4- स्थान -
- 5- शिशु / मृतक का नाम-
- 6- जन्म / मृत्यु का स्थान एवं तिथि -
- 7- पाया गया तथ्य -
- (क) साक्ष्य के रूप में चिकित्सा प्रमाण पत्र -
- (ख) अन्य प्रमाण पत्र -
- (ग) स्थानीय जाँच -
- (घ) जन्म स्थान / तिथि -
- (ङ.) मृत्यु स्थान / तिथि -
- (च) अंतिम संस्कार का स्थान / तिथि -
- (छ) अंतिम संस्कार करने वाले का नाम-
- (ज) आवेदक की पहचान का साक्ष्य -
- (झ) गवाह का नाम

क्रमांक	नाम	पिता का नाम	शिशु / मृतक से सम्बन्ध	पूरा पता	हस्ताक्षर

8- जांचकर्ता का मतव्य - मैंने स्वयं जन्म - मृत्यु अधिनियम 1969 के तहत निर्देश के आलोक में घटना स्थल एवं तिथि की जाँच की है। आवेदक द्वारा इस सम्बन्ध में प्रतिवेदन सूचना सत्य एवं सही है, जिससे मैं संतुष्ट हूँ। अतः निबंधन के लिए जन्म / मृत्यु की पात्रता मानते हुए निबंधन हेतु आदेश निर्गत करने की अनुशंसा की जाती है।

जांचकर्ता / पंचायत सेवक का हस्ताक्षर

- 9- सहायक सांख्यिकी पदाधिकारी की अनुशंसा- उपरोक्त जाँच प्रतिवेदन विधिवत की गई है एवं नियमानुसार है।
आदेश निर्गत की जा सकती

सहायक सांख्यिकी पदाधिकारी का हस्ताक्षर

- 10- प्रखंड विकास पदाधिकारी की अनुशंसा - उपरोक्त जाँच प्रतिवेदन विधिवत की गई है एवं नियमानुसार है।
आदेश निर्गत की जा सकती है।

प्रखंड विकास पदाधिकारी का हस्ताक्षर

**मृत्यु रिपोर्ट
विधिक सूचना**

इस भाग को मृत्यु रजिस्टर के साथ जोड़ा जाता है।

**मृत्यु रिपोर्ट
सांख्यिकी सूचना**

इस भाग को अलग का सांख्यिकीय प्रशोधन के लिए भेजा जाना है।

प्रारूप संख्या - 2

सूचक द्वारा भरने हेतु	सूचक द्वारा भरने हेतु	सूचक द्वारा भरने हेतु
<p>1. मृत्यु की तारीख: (मृत्यु की वास्तविक तारीख, उदाहरणार्थ: 01-01-2000)</p> <p>2. मृतक का नाम: (पूरा नाम जैसा लिखा जाता है)</p> <p>3. पिता/पति का नाम: (पूरा नाम जैसा लिखा जाता है)</p> <p>4. मृतक का लिंग: (पुरुष या स्त्री, पूर्ण शब्दों में लिखें, संक्षेप में नहीं)</p> <p>5. मृतक की उम्र: (नीचे अंकित प्रविष्टि 1, 2 या 3 जो उपयुक्त हों, चिन्हित करें। और अस्पताल/संस्थान का नाम लिखें या घर का पता दें, जहाँ मृत्यु की घटना हुई है। यदि अन्य स्थान पर मृत्यु हुई हो, तो उस स्थल की पहचान दें।)</p> <p>1. अस्पताल/संस्थान का नाम:</p> <p>2. घर का पता:</p> <p>3. अन्य स्थान:</p> <p>7. मृतक का स्थायी पता:</p> <p>8. सूचक का नाम: पता: (1-19 तक के सभी मदों को पूरा करने के पश्चात सूचक यहाँ हस्ताक्षर करेंगे और तारीख देंगे।) दिनांक: सूचक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान</p>	<p>9. मृतक के निवास स्थान का शहर या ग्राम: (मृतक जहाँ वास्तव में निवास करते थे। यह उस स्थान जहाँ मृत्यु की घटना हुई है, से भिन्न हो सकता है। घर का पता अंकित करने की आवश्यकता नहीं है।)</p> <p>(क) शहर/ग्राम का नाम: (ख) यह शहर है या ग्राम: (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)</p> <p>1. शहर: 2. ग्राम:</p> <p>(ग) जिला का नाम: (घ) राज्य का नाम:</p> <p>10. धर्म: (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)</p> <p>1. हिन्दु 2. मुस्लिम 3. ईसाई</p> <p>4. अन्य कोई धर्म- (धर्म का नाम अंकित करें)</p> <p>11. मृतक का व्यवसाय: (अगर व्यवसाय न हो, तो शून्य अंकित करें)</p> <p>12. मृतक के पूर्व उपलब्ध चिकित्सा सहायता का प्रकार: (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)</p> <p>1. संस्थागत: 2. संस्था से अलग चिकित्सा सहायता: 3. कोई चिकित्सा सहायता नहीं-</p>	<p>13. क्या मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाणीकरण हुआ था? (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)</p> <p>1. हाँ 2. नहीं</p> <p>14. रोग का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण (सभी मृत्युओं की दशा में चाहे वह चिकित्सीय प्रमाणित है अथवा नहीं)</p> <p>15. स्त्री की मृत्यु की दशा में क्या मृत्यु गर्भावस्था प्रसव के समय या गर्भ समाप्तिके 6 सप्ताह के अन्दर घटित हुई: (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)</p> <p>1. हाँ 2. नहीं</p> <p>16. यदि धूम्रपान के आदी थे - तो कितने वर्षों से?</p> <p>17. यदि किसी रूप में तम्बाकू (खैनी, सूरती) खाने के आदी थे - तो कितने वर्षों से ?:</p> <p>18. यदि किसी रूप में सुपारी (कसैली खाने के आदी थे (पान मसाला सहित) तो कितने वर्षों से ?):</p> <p>19. यदि मद्यपान करने के आदी थे - तो कितने वर्षों से ?:</p> <p>(मदों की प्रविष्टियाँ पूर्ण हुई, अब बाएँ तरफ हस्ताक्षर करें।)</p>

रजिस्ट्रार द्वारा भरने हेतु	रजिस्ट्रार की संख्या:	रजिस्ट्रीकरण की तिथि:
रजिस्ट्रीकरण संख्या:	रजिस्ट्रीकरण की संख्या:	रजिस्ट्रीकरण की तिथि:
रजिस्ट्रीकरण की तारीख:	मृत्यु की तारीख:	
रजिस्ट्रीकरण ईकाई:	लिंग: 1. पुरुष 2. महिला	
शहर/ग्राम:	उम्र: वर्ष/महीना/दिन/घण्टा में	
जिला:	मृत्यु का स्थान:	
अभ्युक्ति: (यदि कोई हो)	1. अस्पताल/संस्थान:	
रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर	2. घर:	
	3. अन्य स्थान:	
	रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर	