

आवेदन एवं मृत्यु - रिपोर्ट

स्थानीय जांच एवं आवेदन के शपथ पत्र, दो गवाहों के बयान/शपथ पत्र, अस्पताल के प्रमाण पत्र, श्मशान पत्र एफ0 आई0 आर0, पोस्टमार्टम रिपोर्ट के आधार पर निबंधन हेतु आदेश के लिए अग्रसरीत

1. मृत्यु की तारीख :
2. मृतक का नाम :
3. पिता/पति का नाम :
4. मृतक का लिंग : पुरुष/स्त्री
5. मृतक का उम्र
6. मृत्यु के स्थान का :
 - क) अस्पताल
 - ख) संस्थान का नाम
 - ग) घर
 - घ) अन्य
7. मृतक का स्थाई पता :

	मो	पो0
	थाना	जिला
8. सूचना देनेवाले का नाम :
 एवं पता

	मो	पो0
	थाना	जिला
9. मृतक के वर्तमान निवास स्थान :
 का पता
10. धर्म : हिन्दू/मुस्लिम/इसाई/अन्य
11. मृतक का व्यवसाय:
12. मृतक का वैवाहिक स्थिति :
13. मृत्यु के पूर्व उपलब्ध चिकित्सा सहायता का प्रकार :
 - क) स्थागत
 - ख) संस्थागत से अलग चिकित्सा
 - ग) कोई चिकित्सा सहायता नहीं
14. रोग का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण :
15. क्या मृत्यु के समय गर्भवती थी ? हाँ / नहीं
16. क्या धूम्रपान करते थे ? हाँ / नहीं वर्षों से
17. क्या किसी रूप में खैनी तम्बाकू के आदि थे ? हाँ / नहीं वर्षों से
18. क्या मदपान के आदि थे ? हाँ / नहीं वर्षों से
19. क्या सुपानी में पान मसाला के आदि थे ? हाँ / नहीं वर्षों से
20. सूचक का नाम
 एवं हस्ताक्षर
21. तिथि :-

गवाही संख्या - 1

मैं गवाही देने वाले का नाम उम्र

पिता/पति का नाम पता

..... शपथ पूर्वक बयान करता हूँ कि मृतक
का नाम पिता/पति का नाम

..... का मृत्यु दिनांक को स्थान का नाम

में पर हुआ है। मैं इस परिवार से परिचित हूँ।

तारीख

हस्ताक्षर

गवाही - 1 का फोटो पहचान-पत्र की फोटो कॉपी
यहाँ चिपका दें।

गवाही संख्या - 2

मैं गवाही देने वाले का नाम उम्र

पिता/पति का नाम पता

..... शपथ पूर्वक बयान करता हूँ कि मृतक
का नाम पिता/पति का नाम

का मृत्यु दिनांक को स्थान का नाम

में पर हुआ है। मैं इस परिवार से परिचित हूँ।

तारीख

हस्ताक्षर

मेरे समक्ष बयान दिया गया

हस्ताक्षर

तारीख

गवाही - 2 का फोटो पहचान-पत्र की फोटो कॉपी
यहाँ चिपका दें।

वैधिक सूचना

इस भाग को जन्म रजिस्टर के साथ जोड़ा जाता है।

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

नटु-जन्मों की स्थिति में पहले कथित के लिए अलग-अलग फारम भरें और नीचे बाएं तरफ के बॉक्स के कथित मरने वालों के जन्म या तीव्र जन्म अंकित करें।

सूचक द्वारा भरने हेतु

सूचक द्वारा भरने हेतु

सूचक द्वारा भरने हेतु

1. मृत्यु की तारीख : (मृत्यु की वास्तविक तिथि, उदाहरणार्थ 01.01.2003)
2. मृतक का नाम : (पूरा नाम जैसा कि सामान्यतः लिखा जाता है)
3. पिता/पति का नाम : (पूरा नाम जैसा कि सामान्यतः लिखा जाता है।)
4. मृतक का लिंग : (पुरुष या स्त्री, पूर्ण शब्दों में लिखें, संक्षेप में नहीं)
5. मृतक की उम्र : (यदि मृत व्यक्ति की उम्र 1 वर्ष से अधिक हो तो उसकी उम्र पूरे वर्षों में लिखें। यदि मृत व्यक्ति की उम्र 1 वर्ष से कम हो, तो पूरे महीनों में लिखें और यदि 1 महीना से कम हो तो पूरे दिनों में और यदि 1 दिन से कम हो, तो पूरे घंटों में लिखें)
6. मृत्यु का स्थान : (नीचे लिखे उपयुक्त प्रविष्टि 1, 2, या 3 को चिह्नित करें। और अस्पताल / संस्थान का नाम लिखें या घर का पता दें, जहाँ मृत्यु की घटना हुई है। यदि अन्य सीन पर मृत्यु हुई हो तो उस सीन का पहचान दें।)
7. मृतक की स्थायी पता : (1 से 19 तक के सभी मदों को पूरा करने के पश्चात सूचक यही हस्ताक्षर करेंगे और तारीख देंगे)

8. मृतक के निवास स्थान का शहर या ग्राम : (मृतक जहाँ वास्तव में निवास करते थे। यह उस सीन जहाँ मृत्यु की घटना हुई है, से भिन्न हो सकता है। घर का पता अंकित करने की आवश्यकता नहीं है।)
 1. शहर
 2. ग्राम
 - (ग) जिला का नाम :
 - (घ) राज्य का नाम :
9. धर्म : (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिह्नित करें।)
 1. हिन्दू
 2. मुस्लिम
 3. इसाई
 4. अन्य कोई धर्म (धर्म का नाम अंकित करें)
10. पिता के शिक्षा का स्तर : (शिक्षा का पूर्ण स्तर अंकित करें, उदाहरणार्थ अगर सातवाँ वर्ष तक पढ़ी हो और छठा वर्ष उत्तीर्ण हुआ हो, तो छठा वर्ष लिखें।)
 1. संस्थागत
 2. संस्थागत से अलग चिकित्सा सहायता
 3. कोई चिकित्सा सहायता नहीं
11. मृतक का व्यवसाय : (अगर व्यवसाय नहीं हो, तो शून्य अंकित करें।)
12. मृत्यु के पूर्व उपलब्ध चिकित्सा सहायता का प्रकार : (नीचे अंकित एप्युक्त प्रविष्टि को चिह्नित करें)
 1. संस्थागत
 2. संस्थागत से अलग चिकित्सा सहायता
 3. कोई चिकित्सा सहायता नहीं

13. क्या मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाणीकरण हुआ था ? (नीचे अंकित एप्युक्त प्रविष्टि को चिह्नित करें)
 1. हाँ
 2. नहीं
14. रोग का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण (सभी मृत्युओं की दशा में चाहे वह चिकित्सीय प्रमाणित हो नहीं)
 1. स्त्री मृत्यु की दशा में क्या मृत्यु गर्भावस्था, प्रसव के समय गर्भ समाप्त के 6 सप्ताह के अन्दर घटित हुई (नीचे अंकित एप्युक्त प्रविष्टि को चिह्नित करें)
 1. हाँ
 2. नहीं
 16. यदि धुम-पान के आदि थे तो कितने वर्षों से ?
 17. यदि किसी रूप से तबाकू (खैनी, सूरती) खाने के आदि थे - तो कितने वर्षों से ?
 18. यदि किसी रूप से सुपारी (कसेली) खाने के आदि थे (पान मशाला सहित) - तो कितने वर्षों से ?
 19. यदि मद्य - पान करने के आदि थे - तो कितने वर्षों से ?

(मदों की प्रविष्टियाँ पूर्ण हुई, अब बायीं तरफ हस्ताक्षर करें)

रजिस्टर द्वारा भरने हेतु

रजिस्ट्रीकरण संख्या : रजिस्ट्रीकरण की तारीख :
 शहर/ग्राम : जिला :
 अस्थित (यदि कोई हो) रजिस्टर का नाम और हस्ताक्षर

रजिस्टर द्वारा भरने हेतु

नाम : तहसील (अंचल/प्रखंड) : कोड संख्या :
 शहर/ग्राम : रजिस्ट्रीकरण इकाई :
 रजिस्टर का नाम और हस्ताक्षर

रजिस्ट्रीकरण की संख्या : रजिस्ट्रीकरण की तारीख :
 मृत्यु की तारीख : लिंग : 1. पुरुष 2. स्त्री
 मरने वाले/महीनों/दिनों/घंटों में
 मृत्यु का स्थान 1. अस्पताल/संस्थान 2. घर 3. अन्य
 रजिस्टर का नाम और हस्ताक्षर