# गया नगर निगम

(जन्म–मृत्यु रजिस्ट्रीकरण शाखा)

## मृत्यु प्रमाण–पत्र के लिए

(For Office use)

CHECK LIST FOR DEATH CERTIFICATE

| | | |
|---|---|---|
| 1. | आवेदन (सूचक के हस्ताक्षर सहित) | |
| 2. | शपथ–पत्र (21 दिनों के बाद) | |
| 3. | मृतक का आधार /फोटोयुक्त पहचान पत्र की छायाप्रति | |
| 4. | सूचक का आधार | |
| 5. | अस्पताल/मकान का कागजात | |
| 6. | दुर्धुटना की स्थिति में एफ०आई०आर० एवं पोस्टमार्टम रिर्पोट | |
| 7. | गवाही (कम से कम तीन व्यक्तियों की अगर उम्र 20 वर्ष से अधिक हो) | |
| 8. | वार्ड पार्षद का अनुशंसा पत्र | |
| 9. | अन्य | |

*आवेदन प्राप्तकर्त्ता का हस्ताक्षर*

# मृत्यु प्रमाण–पत्र हेतु आवेदन पत्र

सेवा में,

जन्म एवं मृत्यु निबंधन पदाधिकारी,

.....

विषय :– **मृत्यु प्रमाण–पत्र निर्गत करने के संबंध में।**

महाशय,

मुझे अपने ..... का मृत्यु प्रमाण–पत्र चाहिए। जिसका विवरण निम्न प्रकार है :–

1. मृतक का नाम (हिन्दी में) :–.....

   मृतक का नाम (अंग्रेजी में) :–.....

2. मृतक का आधार नं० :–.....

3. मृत्यु का तिथि :–.....

4. लिंग :–.....

5. मृतक का उम्र :–.....

6. मृत्यु स्थान :–.....

7. मृतक के माता का नाम (हिन्दी) :–.....

   मृतक के माता का नाम (अंग्रेजी में):–.....

   आधार न० (Aadhar No.) :–.....

8. मृतक के पिता का नाम (हिन्दी) :–.....

   मृतक के पिता का नाम (अंग्रेजी में):–.....

   आधार न० (Aadhar No.) :–.....

9. मृतक के पति/पत्नी का नाम (हिन्दी) :–.....

   मृतक के पति/पत्नी का नाम (अंग्रेजी में):–.....

   आधार न० (Aadhar No.) :–.....

10. मृत्यु का कारण :–.....

11. मृत्यु का समय :–.....

12. धर्म :–.....

13. राष्ट्रीयता :–.....

14. पता :–.....

    .....पिन कोड.....

15. मृतक से आवेदक का संबंध :–.....

    आधार न० (Aadhar No.) :–.....

    मोबाईल न० :–.....

उपरोक्त बातों की पुष्टि हेतु शपथ–पत्र दिया गया है, जो संलग्न है।

अतः श्रीमान् से प्रार्थना है कि जन्म एवं मृत्यु निबंधन पदाधिकारी, ..... जन्म एवं मृत्यु अधिनियम 1969 की धारा 13(3) के अन्तर्गत मृत्यु प्रमाण–पत्र निर्गत करने की कृपा की जाय।

आपका विश्वासी

प्रपत्र संख्या 2

# मृत्यु रिपोर्ट

## (विधिक सूचना)

इस भाग को मृत्यु रजिस्टर के साथ जोड़ा जाना है

## सांख्यिकीय सूचना

इस भाग को अलग कर सांख्यिकीय प्रशाधन के लिए भेजा जाना है

### सूचक द्वारा भरने हेतु

1. मृत्यु की तारीख :–
(मृत्यु की वास्तविक तिथि उदाहरणार्थ 01–01–2000)
2. मृतक का नाम:
(पूरा, नाम जैसा की सामान्यतः लिखा जाता है।) UID नम्बर (यदि कोई हो)
3. मृतक का लिंग :
(पुरुष/'स्त्री'/'टांसजेन्डर' पूर्ण शब्दों में लिखे संक्षेप में नहीं।)
4. माता का नाम :–
(पूरा, नाम जैसा की सामान्यतः लिखा जाता है।) UID नम्बर (यदि कोई हो)
5. पिता का नाम :–
(पूरा, नाम जैसा की सामान्यतः लिखा जाता है।) UID नम्बर (यदि कोई हो)
5. (क) पति/पत्नी का नाम :–
(पूरा, नाम जैसा की सामान्यतः लिखा जाता है।) UID नम्बर (यदि कोई हो)
6. मृतक का उम्र :
(यदि मृत व्यक्ति की उम्र 1 वर्ष से अधिक हो तो, उसका उम्र पूरे वर्षों में लिखे। यदि मृत व्यक्ति की उम्र 1 वर्ष से कम हो, तो पूरे महीनों में लिखें और यदि 1 वर्ष से कम हो तो पूरे दिनों में और यदि एक दिन से कम हो, तो पूरे घंटों में लिखें।)
7. मृतक का मृत्यु के समय का पता :–

8. (क) मृतक का स्थायी पता :–

9. मृत्यु का स्थान :–
(नीचे अंकित प्रविष्टि 1, 2 या 3 जो उपयुक्त हो को चिन्हित करें। 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।)
1. अस्पताल/संस्थान नाम :–
2. घर पता :–
3. अन्य स्थान :–
10. सूचक का नाम :–
पता :–

मोबाईल न0
(1 से 21 तक के सभी मदों को पूरा करने के पश्चात् सूचक यहाँ पर हस्ताक्षर करेंगे और तारीख देंगे)

तारीख सूचक का हस्ताक्षर या बायें अंगूठे का निशान

### रजिस्ट्रार/उप–रजिस्ट्रार द्वारा भरने हेतु

रजिस्ट्रीकरण संख्या : रजिस्ट्रीकरण की तारीख :
रजिस्ट्रीकरण इकाई :
शहर/ग्राम : जिला :
अभ्युक्ति (यदि कोई हो) :

रजिस्ट्रार/उप–रजिस्ट्रार का नाम एवं हस्ताक्षर

अलग कर सांख्यिकीय प्रशोधन के लिए भेजा जाना है।

### सूचक द्वारा भरने हेतु

11. मृतक के निवास स्थान का शहर या ग्राम :–
(मृतक जहाँ वास्तव में निवारा करते थे। या उस स्थान, जहाँ मृत्यु की घटना हुई है, से भिन्न हो सकता है। घर का पता लिखने की आवश्यकता नहीं है।)

(क) शहर/ग्राम का नाम :

(ख) यह शहर है या ग्राम (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)

1. शहर 2. ग्राम

(ग) जिला का नाम :

(घ) राज्य का नाम :

12. धर्म : (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)

1. हिन्दू 2. मुस्लिम 3. इसाई
4. अन्य कोई धर्म (धर्म का नाम लिखें।)

13. मृतक का व्यवसाय :
(अगर व्यवसाय नहीं हो, तो 'शून्य' लिखें)

14. मृत्यु के पूर्व उपलब्ध चिकित्सा सहायता का प्रकार :
(नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)

1. संस्थागत
2. संस्थान के अलग चिकित्सा सहायता
3. कोई चिकित्सा सहायता नहीं

### रजिस्ट्रार/उप–रजिस्ट्रार द्वारा भरने हेतु

नाम : कोड संख्या
जिला :
तहसील :
शहर/ग्राम :

रजिस्ट्रीकरण इकाई

रजिस्ट्रीकरण संख्या : रजिस्ट्रीकरण की तारीख :
जन्म की तारीख :
लिगं 1. पुरुष 2. स्त्री 3. किन्नर
जन्म का स्थान 1. अस्पताल/संस्थान 2. घर

रजिस्ट्रार/उप–रजिस्ट्रार का नाम एवं हस्ताक्षर

### सूचक द्वारा भरने हेतु

15. क्या मृत्यु के कारण का चिकित्सीय प्रमाणीकरण हुआ था ?
(नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें।)
1. हाँ 2. नहीं

16. रोग का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण :
(सभी मृत्युओं की दशा में चाहे वह चिकित्सीय प्रमाणित हो अथवा नहीं)

17. स्त्री की मृत्यु की दशा में, क्या मृत्यु गर्भावस्था, प्रसव के समय या गर्भ समाप्ति के 6 सप्ताह के अन्दर घटित हुई ?
(नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिन्हित करें)
1. हाँ
2. नहीं

18. यदि धूमपान के आदि थे तो कितने वर्षों से?

19. यदि किसी रूप से तम्बाकू (खैनी, सूरती) खाने के आदि थे तो कितने वर्षों से?

20. यदि किसी रूप से सुपारी (कसैली) खाने के आदी थे ( पान मसाला सहित ) तो कितने वर्षों से ?

21. यदि मद्य–पान करने के आदि थे तो कितने वर्षों से ?

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