

गया नगर निगम

(जन्म-मृत्यु रजिस्ट्रीकरण शाखा)

मृत्यु प्रमाण पत्र के लिए

(For Office Use)

CHECK LIST FOR DEATH CERTIFICATE

01	आवेदन (सूचक के हस्ताक्षर सहित)	
02	शपथ पत्र (21 दिनों के बाद)	
03	मृतक का आधार/फोटोयुक्त पहचान पत्र	
04	सूचक का आधार	
05	अस्पताल/मकान का कागजात	
06	दुर्घटना की स्थिति में एफ0आई0आर0 एवं पोस्टमार्टम रिपोर्ट	
07	गवाही (कम से कम तीन व्यक्तियों की अगर उम्र 20 वर्ष से अधिक हो)	
08	वार्ड पार्षद का अनुशंसा पत्र	
09	अन्य	

आवेदन प्राप्तकर्ता का हस्ताक्षर

मृत्यु प्रमाण-पत्र का आवेदन पत्र

सेवा में,

श्रीमान्

.....

.....

विषय :- मृत्यु प्रमाण-पत्र के संबंध में।

महाशय,

मुझे अपने का मृत्यु प्रमाण-पत्र

चाहिए। जिनका विवरण निम्न प्रकार है :-

1. मृतक का नाम -
2. मृत्यु की तिथि -
3. मृत्यु का स्थान -
4. मृतक के पिता/पति का नाम -
5. मृतक के माता का नाम -
6. मृत्यु का कारण -
7. मृत्यु का समय उम्र -
8. लिंग -
9. राष्ट्रीयता -
10. मृतक से आवेदक का सम्बन्ध -
11. स्थाई पता -

उपर्युक्त बातों की पुष्टि हेतु शपथ-पत्र लिया गया है, जो स्पष्ट है। अतः श्रीमान से निवेदन है कि स्वास्थ्य पदाधिकारी नगर निगम के जन्म एवं मृत्यु अधिनियम 1969 की धारा 13 (3) के अन्तर्गत मृत्यु प्रमाण-पत्र निर्गत करने का आदेश देने की कृपा की जाय।

आपका विश्वासी

मृत्यु रिपोर्ट**विविध सूचना**

इस भाग को मृत्यु रजिस्टर के साथ जोड़ा जाता है।

सूचक द्वारा भरने हेतु

- मृत्यु की तारीख :
(मृत्यु की वास्तविक तिथि, तदुपरोक्त : 01.01.2000)
- मृतक का नाम :
(पूरा नाम जैसा की सामान्यतः लिखा जाता है।)
- (क) पिता/पति का नाम :
(पूरा नाम जैसा की सामान्यतः लिखा जाता है।)
(ख) माता का नाम :
(पूरा नाम जैसा की सामान्यतः लिखा जाता है।)
- मृतक का लिंग :
(पुरुष या स्त्री, पूर्ण शब्दों में लिखें, संक्षेप में नहीं।)
- मृतक की उम्र :
(यदि मृत व्यक्ति की उम्र 1 वर्ष से अधिक हो तो, उसका उम्र पूरे वर्षों में लिखें। 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।)
- मृत्यु का स्थान :
(नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिह्नित करें।
अस्पताल/स्वास्थ्य 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/स्वास्थ्य संस्थान नाम :
2. घर पता :
3. अन्य स्थान :
- (क) मृतक का स्थायी पता :
(ख) मृतक का मृत्यु के समय का पता :
(यदि मृतक का मृत्यु के समय का पता पता :
(1) से 19 तक के सभी घटों को पूरा करने के परन्तु सूचक यहाँ हस्ताक्षर करें और तारीख दें।)

तारीख : सूचक का हस्ताक्षर या बायें अंगूठे का निशान

रजिस्ट्रार उप-रजिस्ट्रार द्वारा भरने हेतु

रजिस्ट्रीकरण संख्या : रजिस्ट्रीकरण की तारीख :

रजिस्ट्रीकरण इकाई : जिला :

शहर/ग्राम :

अवस्थिति :

रजिस्ट्रार/उप-रजिस्ट्रार का नाम एवं हस्ताक्षर

मृत्यु रिपोर्ट**सांख्यिकीय सूचना**

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

सूचक द्वारा भरने हेतु

- मृतक के निवास स्थान का शहर या ग्राम :
(मृतक जहाँ निवास में निवास करते थे। यह उस स्थान, जहाँ मृत्यु की घटना हुई है, से भिन्न हो सकता है। पर का पता लिखने की आवश्यकता नहीं है।)
(क) शहर/ग्राम का नाम :
(ख) यह शहर है या ग्राम :
(नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिह्नित करें।)
1. शहर 2. ग्राम
(ग) जिला का नाम :
(घ) राज्य का नाम :
- धर्म (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिह्नित करें।)
1. हिन्दू 2. मुस्लिम 3. ईसाई
4. अन्य कोई धर्म (धर्म का नाम लिखें।)
- मृतक का व्यवसाय :
(अगर व्यवसाय नहीं हो, तो 'शून्य' लिखें।)
- मृत्यु के पूर्व उपलब्ध चिकित्सा सहायता का प्रकार :
(नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिह्नित करें।)
1. संस्थागत
2. संस्थान के अलग चिकित्सा सहायता
3. कोई चिकित्सा सहायता नहीं

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

यह जर्नल की स्थिति में प्रत्येक शिफ्ट के लिए अलग-अलग फॉर्म पर और नीचे

बायें तरफ के अनुचित घट में 'दुबला जन्म' या 'तिरछा जन्म' लिखें

सूचक द्वारा भरने हेतु

- क्या मृत्यु के कारण का चिकित्सीय प्रमाणीकरण हुआ था?
(नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि को चिह्नित करें।)
1. हाँ
2. नहीं
- रोग का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण :
(सभी मृत्युओं की दशा में चाहे वह चिकित्सीय प्रमाणित हो अथवा नहीं)
- 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 चिह्नित करें।)
1. हाँ
2. नहीं
- यदि वृद्धापन के आदी थे तो कितने वर्षों से? :
- यदि किसी रूप से तम्बाकू (खैनी, सूती) खाने के आदी थे तो कितने वर्षों से? :
- यदि किसी रूप से सुपारी (कसीली) खाने के आदी थे (पान मसाला सहित) तो कितने वर्षों से? :
- यदि यद्य-पान करने के आदी थे तो कितने वर्षों से?
(मर्दों की प्रविष्टियाँ पूर्ण हुई, अब बायें तरफ हस्ताक्षर करें।)

रजिस्ट्रार उप-रजिस्ट्रार द्वारा भरने हेतु

नाम कोड संख्या

जिला :

तहसील :

शहर/ग्राम :

रजिस्ट्रीकरण इकाई :

रजिस्ट्रीकरण संख्या :

जन्म की तारीख :

लिंग :

जन्म का स्थान :

रजिस्ट्रीकरण की तारीख :

1. पुरुष 2. स्त्री

1. अस्पताल/स्वास्थ्य संस्थान 2. घर

रजिस्ट्रार/उप-रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर