

मृत्यु सूचना प्रपत्र
(देखिए नियम 5)
विधिक भाग - मृत्यु सूचना
(पंजीयन के पश्चात यह विधिक भाग प्रपत्र संख्या 8 कहलायेगा)
(देखिए नियम 12)

सूचनादाता द्वारा भरा जाना

- 1) मृत्यु की तारीख :
दिनांक.....माह.....वर्ष.....मृत्यु का स्थान.....
(मृत्यु का वास्तविक दिन, माह, वर्ष जैसे 1-1-2001)
- 2) (क) मृतक का नाम :
(पूरा नाम जैसा कि सामान्यतया लिखा जाता हो)
(ख) मृतक के निवास का स्थायी पता.....
- 3) मृतक के पिता/पति का नाम.....
- 4) मृतक का लिंग : (पुरुष या स्त्री लिखिए/संक्षिप्तियों का प्रयोग न करें)
- 5) मृतक की आयु : (यदि मृतक की आयु एक वर्ष से अधिक की हो तो आयु पूर्ण वर्षों में लिखिए। यदि मृतक की आयु एक वर्ष से कम हो तो आयु पूर्ण दिनों में लिखिए और यदि एक दिन से कम हो तो आयु घंटों में लिखिए)
- 6) मृत्यु का स्थान : (नीचे दी गई प्रविष्टि 1, 2, 3 में से उचित पर ✓ का निशान लगाएं तथा उस अस्पताल/संस्थान का नाम या घर का पता लिखिए जहाँ मृत्यु हुई है यदि अन्य स्थान पर हुई हो तो वहाँ की स्थिति बताइए)
(1) अस्पताल/संस्थान नाम :
(2) गृह पता :
(3) अन्य स्थान :
- 7) सूचनादाता का नाम :

(एक से 18 तक के स्तम्भों को भरने के पश्चात सूचनादाता दिनांक सहित अपने हस्ताक्षर करेगा)

तारीख सूचनादाता के हस्ताक्षर या बाएं हाथ के अंगूठे का निशान

पंजीयक द्वारा भरे जाने हेतु
पंजीकरण सं० पंजीकरण की तारीख
पंजीकृत इकाई जिला
नगर/गांव
अभ्युक्ति (यदि कोई हो)
पंजीयक का नाम व हस्ताक्षर

मृत्यु सूचना प्रपत्र
(देखिए नियम 5)
सांख्यिकीय भाग
यह भाग अलग करके सांख्यिकीय प्रक्रिया हेतु भेजा जाना है।

सूचना दाता द्वारा भरा जाना है

- (8) मृतक के निवास स्थान नगर या गाँव (स्थान जहाँ मृतक वास्तव में रहता हो। यह उस स्थान से भिन्न हो सकता है जहाँ उसकी मृत्यु हुई है) घर का पता लिखना आवश्यक नहीं है।
(क) नगर/गाँव का नाम :
(ख) नगर है या गाँव : (नीचे दी गई प्रविष्टि पर ✓ का चिह्न लगाएं)
(1) नगर (2) गाँव
(ग) जिले का नाम
(घ) राज्य का नाम
(9) धर्म : (नीचे दी गई प्रविष्टियों में से सही पर निशान लगाएँ)
(1) हिन्दू (2) मुस्लिम (3) बौद्ध (4) जैन (5) अन्य कोई धर्म (धर्म का नाम लिखिए)
(10) मृतक का व्यवसाय :
(यदि कोई व्यवसाय नहीं करता था तो शून्य लिखिये)
(11) मृत्यु से पूर्व प्रदान किया गया चिकित्सीय उपचार : (निम्न प्रविष्टियों में से उचित पर ✓ निशान लगाईए)
(1) संस्थान
(2) संस्थान के अतिरिक्त अन्य प्रकार से उपलब्ध कराया गया चिकित्सीय उपचार
(3) कोई चिकित्सीय उपचार नहीं किया गया।

सूचनादाता द्वारा भरा जाना है

- (12) क्या मृत्यु का कारण चिकित्सीय रूप से प्रमाणित है (नीचे दी गई प्रविष्टियों में से उचित पर निशान लगाईए)
1. हाँ 2. नहीं
- (13) बीमारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण :
(किसी भी प्रकार से हुई मृत्यु के लिए चाहें चिकित्सीय रूप से प्रमाणित हो या न हो)
- (14) यदि मृतक स्त्री है तो क्या मृत्यु गर्भवती रहने के दौरान प्रसव के समय या प्रसव होने के पश्चात 6 सप्ताह की अवधि में हुई है।
(1) हाँ
(2) नहीं
- (15) यदि घृम्रपान का आदी है, कितने वर्षों से है ?
- (16) यदि किसी भी रूप में तम्बाकू खाने का आदी है तो कितने वर्षों से है ?
- (17) यदि किसी भी रूप में सुपारी खाने का आदी है (पान मसाला को सम्मिलित करते हुए) तो कितने वर्षों से
- (18) यदि मदिरापान का आदी है तो कितने वर्षों से है ?

(स्तम्भों को भरने के पश्चात बाईं तरफ हस्ताक्षर कीजिए)

जिले का नाम.....कोड सं०.....
तहसील.....
नगर/गाँव.....
पंजीकृत इकाई.....

पंजीयक द्वारा भरे जाने हेतु
पंजीकरण संख्या
मृत्यु की दिनांक :
आयु : वर्ष.....माह.....दिन.....घंटे.....
मृत्यु का स्थान :
पंजीयक का नाम व हस्ताक्षर (मुहर)