



प्रपत्र सं० 2

मृत्यु सूचना
विधिक सूचनाएं
यह भाग मृत्यु पंजीका में जुड़ेगा

प्रपत्र सं० 2

(नियम 5 देखें)

मृत्यु सूचना प्रपत्र
सांख्यिकी सूचनाएं

16638

प्रपत्र सं० 2



इसके अलग करके सांख्यिकी प्रसस्करण के लिए भेजा जाए

सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा।

1. मृत्यु की तिथि (मृत्यु का सही दिन, माह एवं वर्ष अंकित करें जैसे 01-01-2000) 2. मृतक का नाम (पूर्ण जैसे सामान्यतः लिखा जाता है) (हिन्द में).....
(अंग्रेजी के बड़े अक्षरों में) मृतक का UID No./आधार नं. (यदि कोई हो)

3. मृतक का लिंग (महिला/पुरुष/ट्रांसजेन्डर अंकित करें, संक्षिप्त में नहीं).....

4. माता का नाम.....

माता का UID No./आधार नं. (यदि कोई हो)

5. पिता का नाम.....

पिता का UID No./आधार नं. (यदि कोई हो)

5. (अ) पति/पत्नि का नाम.....

पति/पत्नि का UID No./आधार नं. (यदि कोई हो)

6. मृतक की आयु (यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से अधिक हो तो आयु पूर्ण वर्षों में दें, यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से कम हो तो पूर्ण महीनों में दें एवं यदि आयु 1 माह से कम हो तो पूर्ण दिनों में दें तथा यदि आयु 1 दिन से कम हो तो पूर्ण घंटों में दें)

7. मृत्यु के समय मृतक का पता:.....

8. मृतक का स्थायी पता:.....

9. मृत्यु का स्थान (1, 2 अथवा 3 पर सही ✓ का निशान लगाएं तथा अस्पताल/संस्थान का नाम/पता एवं जहां मृत्यु हुई हो उस घर का पता) 1. अस्पताल/संस्था नाम:.....

2. घर पता:.....

3. अन्य स्थान.....

10. सूचनादाता का नाम.....

पता.....

मोबाईल नं०..... ईमेल आईडी.....

(जब स्तम्भ 1 से 21 तक पूरे भर जाए तब सूचना देने वाला यहां हस्ताक्षर करेगा व तारीख भरेगा)

दिनांक सूचना देने वाले के हस्ताक्षर या बाएं हाथ के अंगूठे का निशान

सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा।

11. ग्राम या शहर का नाम जहां मृतक का निवास हो

(मृतक जहां सामान्यतः रहता हो क्योंकि मृत्यु की जगह भिन्न हो सकती है वहां का पते प्रविष्टि आवश्यक नहीं)

क. शहर/ग्राम का नाम.....

ख. क्या शहर है अथवा ग्राम है (सही ✓ का निशान लगाएं)

1. शहर ☐ 2. ग्राम ☐

ग. जिले का नाम.....

घ. राज्य का नाम उत्तर प्रदेश

12. धर्म (सही का निशान लगाएं)

1. हिन्दू ☐2. मुस्लिम ☐3. इसाई ☐

4. अन्य धर्म (धर्म का नाम लिखें).....

13. मृतक का व्यवसाय.....

(यदि कोई व्यवसाय नहीं हो तो शून्य लिखें)

14. मृत्यु से पूर्व प्राप्त चिकित्सा का प्रकार (सही का निशान लगाएं)

1. संस्थागत ☐2. संस्थागत के अलावा अन्य चिकित्सा ☐3. कोई चिकित्सा प्राप्त नहीं की ☐

सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा।

15. क्या मृत्यु का कारण चिकित्सीय रूप से

प्रमाणित किया गया (सही ✓ का निशान लगाएं)

1. हां ☐ 2. नहीं ☐

16. बीमारी का नाम या मृत्यु वास्तविक कारण.....

17. स्त्री मृत्यु की दशा में क्या मृत्यु गर्भावस्था में प्रसूति के समय या गर्भावस्था के समाप्त होने के बाद 6 सप्ताह के भीतर हुई (सही का निशान लगाएं)

1. हां ☐ 2. नहीं ☐18. यदि घूमपान का आदी था तो कितने वर्षों से 19. यदि किसी भी रूप में तम्बाकू चबाने का आदी था तो कितने वर्षों से 20. यदि सुपारी (पान मसाला को सम्मिलित करते हुए) चबाने का आदी था तो कितने वर्षों से 21. यदि एल्कोहल पीने का आदी था तो कितने वर्षों से

(भरने वाले स्तम्भ समाप्त हो गये हैं कृपया बाईं ओर हस्ताक्षर करें)

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है

पंजीकरण संख्या:

पंजीकरण की दिनांक

पंजीकरण इकाई

शहर/ग्राम

जिला:

टिप्पणी (यदि कोई हो)

रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर

रजिस्ट्रार द्वारा भरे जाने के लिए

नाम

जिला.....तहसील.....

शहर/गांव :

पंजीकरण इकाई

कोड संख्या:

पंजीकरण संख्या

मृत्यु की तिथि

आयु: वर्ष, माह, दिन, घंटे

मृत्यु का स्थान

1. अस्पताल/संस्था 2. घर 3. अन्य स्थान

पंजीकरण दिनांक

लिंग 1 पुरुष 2 महिला 3 ट्रांसजेन्डर

रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर