# आरोग्य सेवा संचालनालय

(महाराष्ट्र राज्य)

"आरोग्य भवन" सेंट जॉर्जेस रुग्णालय आवार,

पी.डिमेलो रोड मुंबई - ४०० ००१

सत्यमेव जयते

दूरध्वनी

कार्यालय (०२२)२२६२१०३१-३६

संचालक (वैयक्तिक) (०२२)२२६२१००६

Website : http:// arogya.maharashatra. gov.in

Email : dhs_2005@rediffmail.com

Email: miscell@rediffmail.com

Phone MIS Cell : (022) 22621034

DHS Cell : 22620234


क्र.संआसे/जन्म-मृत्यु/कक्ष-१८/रिट पिटीशन/(सिव्हील)क्रं.६५९/२००७/११९०-९१/१८

दिनांक :- 24/04/2018

प्रति,
मा. उज्वला अ.रणसिंग,
अवर सचिव, महाराष्ट्र शासन,
सार्वजनिक आरोग्य विभाग,
जी.टी.रुग्णालय आवार,
नविन मंत्रालय, मुंबई-१.

विषय - रिट पिटीशन/(सिव्हील) क्रं.६५९/२००७

संदर्भ - आपल्या कार्यालयाकडील पत्र क्रं.संकीर्ण-२०१८/प.क्रं.२०९/कु.क., दिनांक १४/०३/२०१८.

उपरांक्त विषयानुसार व संदर्भिय पत्राच्या केंद्र शासनाच्या सहपत्रात मृत व्यक्ती जर पुरुष असेल तर त्याच्या विधवा पत्नीचे नाव, वय व संपर्काचा तपशिल मृत व्यक्तीच्या मृत्यू प्रमाणपत्रात समाविष्ट करण्याच्या सूचना दिल्या आहेत. सध्या नागरिकांना देण्यात येणा-या मृत्यू प्रमाणपत्रात, पत्नीचे नाव समाविष्ट करण्यात आले आहे. (जर पती मृत झाला तर त्याच्या मृत्यू प्रमाणपत्रात त्याच्या पत्नीचे म्हणजेच विधवेचे नाव (Widow) समाविष्ट आहे). केंद्र शासनाच्या पत्रात नमूद केल्याप्रमाणे पत्नीचे वय व संपर्काचा तपशील समाविष्ट करावा लागेल. यासाठी अधिसूचना प्रसिध्द करावी लागेल. यास्तव सोबत अधिसुचनेचे प्रारुप (इंग्रजी व मराठी) व त्यानुसार सुधारीत नमुना क्रं.२, ८ व ६ सोबत प्रस्ताव सादर करण्यात येत आहेत.

संचालक आरोग्य सेवा
तथा मुख्य निबंधक जन्म व मृत्यु
महाराष्ट्र राज्य, मुंबई-१

प्रत - उपसंचालक, आरोग्य सेवा तथा उपमुख्य निबंधक, जन्म व मृत्यु, महाराष्ट्र राज्य, पुणे १

C:notification/Adhisuhana letters/2016

महाराष्ट्र शासन
सार्वजनिक आरोग्य विभाग,
शासन निर्णय क्रमांक -जमृवि-२०००/ /सीआर /कु.क.३
मंत्रालय, मुंबई ४०० ०३२
दिनांक :- / /२०१८

जन्म-मृत्यु नोंदणी अधिनियम १९६९ (१९६९ चा अधिनियम क्र.१८)

जन्म-मृत्यु नोंदणी अधिनियम १९६९ (१९६९ चा १८) च्या कलम ३० खंड (क) व (ख) पोटकलम (२) च्या खंड (ड) व पोटकलम (१) द्वारे प्रदान करण्यात आलेल्या अधिकारांचा वापर करुन महाराष्ट्र शासन, केंद्र शासनाच्या मान्यतेने महाराष्ट्र जन्म आणि मृत्यु नोंदणी नियम २००० मध्ये खालील प्रमाणे दुरुस्ती करीत आहे :-

सदर नियमांना महाराष्ट्र जन्म आणि मृत्यु नोंदणी (सुधारित) नियम, २०१८ असे संबोधण्यात येईल.

महाराष्ट्र जन्म आणि मृत्यु नोंदणी नियम २००० मधील नियम ५ उपनियम (१) मध्ये खालील प्रमाणे दुरुस्ती करण्यात येत आहे.

नियम ५(१) “निबंधकास मृत्यूची नोंदणी करण्यासाठी कलम ८ अथवा यथास्थितीत कलम ९ अनुसार आवश्यक असलेली माहिती परिशिष्टानुसार सुधारीत नमुना क्रं.२ मध्ये लेखी देण्यात येईल. (यापुढे या नमुन्यास माहिती देण्यासाठीचा नमुना म्हणून संबोधण्यात येईल.) आणि जर ही माहिती मौखिक स्वरुपात दिली असेल तर निबंधक संबंधित नमुन्यात समर्पक रकान्यामध्ये निरनिराळा तपशील नमुद करुन, माहिती देणाऱ्याची सही अथवा अंगठा घेईल.” (याच नियमांतर्गत जन्म नोंदणीसाठीचा नमुना क्रं.१ व उपजत मृत्यू नोंदणी क्रं.३ या मध्ये कोणताही बदल करण्यात आलेला नाही.)

महाराष्ट्र जन्म-मृत्यू नोंदणी नियम २००० मधील नियम ५ उपनियम १ मधील मूळ अधिसूचनेतील नमुना क्रं.२ मध्ये जर पती मृत झाला असेल, तर त्याच्या पत्नीचे म्हणजेच विधवेचे वय व संपर्काचा तपशिल (विधवा पत्नीचा कायमचा पत्ता) समाविष्ट करुन सुधारीत नमुना सोबत जोडलेला आहे. सुधारीत नमुना क्रं. २ मध्ये बदल करण्यात आल्याने नमुना क्रं.८ मध्ये आवश्यक बदल होतील.

महाराष्ट्र जन्म-मृत्यु नोंदणी नियम २००० मधील नियम ८ चा पोट नियम (१) मध्ये खालील प्रमाणे दुरुस्ती करणेत येत आहे.

"नियम ८(१): कलम १२ अनुसार मृत्यु नोंदवहीमधील तपशिलाचा उतारा, माहिती देणा-या व्यक्तीस परिशिष्टामधील सुधारित नमुना क्रं.६ मध्ये देण्यात येईल. (याच नियमा अंतर्गत जन्म नोंदवहीमधील तपशिलाचा उतारा नमुना क्रं.५ मध्ये बदल करण्यात आलेला नाही.)"

वर नमुद केलेल्या सुधारीत नियमांची अंमलबजावणी त्वरित करण्यात येईल.

महाराष्ट्राचे राज्यपाल यांच्या आदेशानुसार व नावाने

प्रति,

मा.राज्यपालांचे सचिव, मा.राज्यपाल, महाराष्ट्र राज्य यांचे कार्यालय, मुंबई.
मा.मुख्यमंत्र्यांचे खाजगी सचिव, महाराष्ट्र राज्य, मंत्रालय, मुंबई.
मा.उपमुख्यमंत्र्यांचे खाजगी सचिव मंत्रालय, मुंबई.
मा.मंत्री (आरोग्य) यांचे खाजगी सचिव, मंत्रालय, मुंबई.
मा.राज्यमंत्री (आरोग्य) यांचे खाजगी सचिव, मंत्रालय, मुंबई.
मुख्य सचिव, महाराष्ट्र राज्य, मंत्रालय, मुंबई.
प्रधान सचिव, सार्वजनिक आरोग्य विभाग यांचे स्वीय सहाय्यक, मंत्रालय, मुंबई.
प्रधान सचिव, विधी व न्याय विभाग, मंत्रालय, मुंबई.
प्रधान सचिव, महिला व बाल विकास विभाग, मंत्रालय, मुंबई.
प्रधान सचिव, वैद्यकीय शिक्षण व औषधीद्रव्ये विभाग, मंत्रालय, मुंबई.
प्रधान सचिव, नगर विकास विभाग, मंत्रालय, मुंबई.
संचालक व आयुक्त आरोग्य सेवा, महाराष्ट्र राज्य, मुंबई.
अतिरिक्त संचालक, आरोग्य सेवा (कुटुंब कल्याण) महाराष्ट्र राज्य, पुणे.
संचालक, वैद्यकीय शिक्षण आणि संशोधन, मुंबई.
सचिव, केंद्र शासन स्वास्थ्य व कुंटुंब कल्याण मंत्रालय, (कुटुंब कल्याण विभाग) निर्माण भवन, नवी-दिल्ली.
महासंचालक, माहिती व जनसंपर्क संचालनालय, मंत्रालय, मुंबई (या अधिसूचनेस व्यापक प्रमाणात प्रसिध्दी देण्याच्या विनंतीसह)
संचालक, भारतीय वैदयकीय संशोधन परिषद, नवी-दिल्ली.
अध्यक्ष, राज्य महिला आयोग महाराष्ट्र राज्य.
सचिव व आयुक्त (कु.क.) यांचे स्वीय सहाय्यक, मंत्रालय, मुंबई.
सार्वजनिक आरोग्य विभागातील सर्व सहसचिव/उपसचिव यांचे स्वीय सहाय्यक.
विभागीय आयुक्त, (सर्व).
जिल्हा पोलीस अधिक्षक (सर्व)
सर्व जिल्हाधिकारी (त्यांच्या अखत्यारितील सर्व अधिका-यांना कळविण्याच्या विनंतीसह)
उपसंचालक/सहसंचालक आरोग्य सेवा, (सर्व)
जिल्हा शल्य चिकित्सक, सामान्य रुग्णालय (सर्व)
जिल्हा आरोग्य अधिकारी, जिल्हा परिषद (सर्व)
मुख्य कार्यकारी अधिकारी, जिल्हा परिषद, (सर्व)
उपमुख्य कार्यकारी अधिकारी (ग्राम पंचायत) तथा अतिरिक्त जिल्हा निबंधक जन्म-मृत्यु (सर्व)
सर्व आयुक्त, महानगरपालिका (त्यांच्या अखत्यारितील सर्व अधिका-यांना कळविण्याच्या विनंतीसह)
कार्यकारी आरोग्य अधिकारी तथा निबंधक जन्म-मृत्यु, बृहन्मुंबई महानगरपालिका, मुंबई.
कार्यकारी अधिकारी तथा निबंधक जन्म-मृत्यु कॅन्टोन्मेंट बोर्ड (सर्व)
निबंधक, जन्म-मृत्यु, प्रशासक तथा ॲम्युनिशन फॅक्टरी (सर्व)
तहसिलदार तथा कार्यकारी दंडाधिकारी, तालुका (सर्व)
मुख्याधिकारी, नगरपालिका/नगर पंचायत (सर्व)
सार्वजनिक आरोग्य विभागातील सर्व कार्यासने.
व्यवस्थापक, मध्यवर्ती शासकीय मुद्रणालय, मुंबई.

Public Health Department

Mantralaya Mumbai-400 032 Dated / /2018

Notification

No.BDM- / / CR- /FW-III

Registration of Birth and Death Act 1969 (18 of 1969)

In exercise of the powers conferred by clause (a) a and (b) of subsection (2) of section 30 of the Registration of Birth and Death Act 1969 (18 of 1969), the Government of Maharashtra with the approval of Central Government hereby makes the following rule further to amend the Maharashtra Registration of Birth and Death Rule 2000 namely:-

These rules may be called the Maharashtra Registration of Births and Deaths, (Amendment) Rules, 2018.

In Maharashtra Registration of Birth and Death Rule, 2000 in rule No. 5 subrule (1), the following shall be substituted, namely:-

Rule 5(1) "The information required to be given to the Registrar under section 8 or section 9, as the case may be, shall be in revised Form No. 2 as per annexure for the registration of death (here in after to be called the reporting form). Information if given orally, shall be entered by the Registrar in the appropriate forms and signature/ thumb impression of the informant be obtained there under". (There is no change in Form No.1 & Form

No.3 for registration of birth and still birth respectively).

As per Rule No.5(1) of the Maharashtra Registration of Births and Deaths Rules 2000 in original notification, the revised Form No.2 is attached herewith with the inclusion of age and contact details of the widow in case of death of husband. As Form No.2 is changed the necessary changes will be occurred in Form No.8.

Sub rule (1) of rule 8 of the Maharashtra Registration of Births and Deaths Rules 2000, shall be modified, namely:

"Rule 8(1): The extract of particulars from the register relating to the Deaths to be given to an informant under section 12 shall be in revised annexure (form no.6) (There is no change in extract of birth registered i.e. in form no.5)".

Above mentioned new revised rule will be implemented immediately.

By order and in the name of the Governor of Maharashtra.

To,

The Secretary to Governor, office of the Honourable Governor of Maharashtra State, Mumbai.
The Private Secretary of Chief Minister, Maharashtra State, Mantralaya, Mumbai.
The Private Secretary of Deputy Chief Minister Maharashtra State, Mantralaya, Mumbai.
The Private Secretary of Minister (Public Health) Mantralya, Mumbai.
The Private Secretary to State Minister (Public Health) Mantralaya, Mumbai.
The Personal Assistant to Principal Secretary to Public Health Department, Mantralaya, Mumbai.
The Principal Secretary Law & Judiciary Department Mantralaya, Mumbai.
The Principal Secretary, Women and Child Development Department, Mantralaya, Mumbai.
The Principal Secretary, Medical Education & Drugs Department, Mantralaya, Mumbai.
The Principal Secretary, Urban Development Department, Mantralaya, Mumbai.
The Director and Commissioner of Health Services, Maharashtra State, Mumbai.
The Additional Director of Health Services (Family Welfare) Maternal Child Health & School Health, Pune.
The Director Medical Education and Research, Mumbai.
The Secretary to Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, Department of Family Welfare, Nirman Bhavan, New Delhi.
The Director General of Information & Public Relations, Mantralaya, Mumbai. (With request to give wide publicity).
The Director Inian Council of Medical Research, New Delhi.
The President State Women's Commission, Maharashtra State.
The Personal Assistant to Secretary and Commissioner (FW), Public Health Department, Mantralaya, Mumbai.
The Personal Assistant to Joint Secretary/Deputy Secretary (All), Public Health Department Mantralaya, Mumbai.
All Divisional Commissioners.
All District Superintendent of Police.
All District Collectors (With request to inform all the subordinate officers)
The Deputy Director/Joint Director of Health Services, (All).
Civil Surgeon, General Hospital (All).
District Health Officers, Zilla Parishad, (All).
Chief Executive Officers, Zilla Parishad, (All).
Dy.CEO (Gram Panchayat) & Addl.District Registrar of Birth & Death (All)
All Commissioners, All Municipal Corporations (With request to inform all the subordinate Officers).
Executive Health Officer & Registrar of Birth & Death, Br.Mumbai Corp., Mumbai.
Executive Officer & Registrar of Birth & Death, Cantonment Bord (All)
Registrar of Birth & Death & Administrater, Amunition Factory (All)
Tahsildar & Executive Magistrate, Taluka (All)
Chief Officers, Municipal Councils/Nagar Panchayat (All)
All Desks in Public Health Department.
The Manager, Government Printing Press, Mumbai.

नमुना क्र.२

## मृत्यु अहवाल
(नियम क्रमांक ५ पहावे)
**कायदेशीर माहिती**
हा भाग मृत्यु नोंदवही म्हणून संबोधण्यात यावा.

माहिती देणा-याने खालील रकाने भरावेत.

**१) मृत्यूचा दिनांक** ..............................
दिनांक महिना वर्ष

**२) मृताचे संपूर्ण नाव**..............................
मृतव्यक्तिचे आधारकार्ड क्र. (असल्यास)

**३) मृत व्यक्तिचे लिंग*** पुरुष स्त्री

**४) आईचे पूर्ण नाव** ..............................
आईचा आधारकार्ड क्र. (असल्यास)

**५) वडिलांचे पूर्ण नाव** ..............................
वडिलांचे आधारकार्ड क्र. (असल्यास)

**५अ) पती / पत्नीचे नाव** ..............................वय (पूर्ण वर्षात)..............
पतीचे /पत्नीचे आधारकार्ड क्र. (असल्यास)

**५ब) पती / पत्नी चा कायमचा पत्ता** ..............................

**६) मृत व्यक्तिचे वय** ........
(जर मृत व्यक्ति १ वर्षापेक्षा जास्त वयाची असेल तर वय पूर्ण वर्षात लिहावे, जर वय १ वर्षापेक्षा कमी वय असेल तर महिन्यांमध्ये वय लिहावे, जर वय १ महिन्यापेक्षा कमी असेल तर वय दिवसात लिहावे व एका दिवसापेक्षा कमी असेल तर वय तासात लिहावे)

**७) मयत व्यक्तिचा मृत्यूसमयीचा पत्ता** ..............................
**८) मयत व्यक्तिचा कायमचा पत्ता** ..............................
**९) मृत्यूचे ठिकाण**
(खाली नमूद केलेल्या अ, ब किंवा क पैकी एका मध्ये संपूर्ण माहिती भरण्यात यावी.)उदा.हॉस्पिटल / घर / जेथे मृत्यु झाला असेल ते ठिकाण.

अ. रुग्णालय/संस्था ..............................
नांव व पत्ता ..............................
ब. घर ..............................
(घराचा टपालाचा पत्ता)
क. इतर..............................

**१०) माहिती देणा-याचे नाव व पत्ता** ..............................

दिनांक .............. माहिती देणा-याची सही/डाव्या हाताचा अंगठा

**निबंधकाने भरावयाची माहिती**

नोंदणी क्रमांक .............. नोंदणी दिनांक .............. गांव/शहर ..............
नोंदणी संस्थेचे नांव. ..............................
जिल्हा ..............................

शेरा .................. निबंधकाचे नाव, सही व शिक्का

प्रमाणपत्र दिल्याचा दिनांक प्राधिकाऱ्याचा पत्ता

टीप : * योग्य त्या ठिकाणी ✓ खूण करावी

नमुना क्र.२

## मृत्यु अहवाल
**सांख्यिकी माहिती**
या भागाची माहिती कापून पुढील संकलनासाठी पं.स./न.पा./म.न.पा./कॅं.बोर्डाकडे पाठविण्यात यावी.

माहिती देणा-याने खालील रकाने भरावेत.

**११) मृत व्यक्तीचे नेहमीचे राहण्याचे ठिकाण**
(हे ठिकाण मृत्यूच्या ठिकाणापेक्षा वेगळे असू शकेल.)

अ) गाव/शहराचे नाव ..............................

ब) गाव आहे का शहर आहे *
१) गाव २) शहर

क) जिल्हयाचे नाव ..............................

ड) राज्याचे नाव..............................

**१२) कुटुंबाचा धर्म** *
१) हिंदु २) मुस्लीम ३) ख्रिश्चन
४) इतर धर्म (धर्माचे नाव लिहावे)..............

**१३) मृत व्यक्तिचा व्यवसाय/नोकरी**..............

(जर नसेल तर निरंक लिहावे)

**१४) मृत्यूपूर्वी घेतलेल्या वैद्यकिय सेवेचा प्रकार** *

१) वैद्यकिय संस्था
२) या व्यतिरिक्त इतर वैद्यकिय सेवा
३) वैद्यकिय सेवा मिळाली नाही.

**निबंधकाने भरावयाची माहिती**

| ठिकाण | नाव | कोड नं.(जनगणना) |
|---|---|---|
| जिल्हा | | |
| तालुका | | |
| गाव/शहर | | |
| नोंदणी संस्था | | |

**१५) मृत्यूचे कारण वैद्यकीयदृष्ट्या प्रमाणित आहे का?** *
अ) आहे ब) नाही

**१६) रोगाचे नाव किंवा नेमके मृत्यूचे नेमके कारण**
..............................
(वैद्यकियदृष्ट्या प्रमाणित आहे किंवा नाही याच्याशी संबंधित नाही.)

**१७) मृत व्यक्ती स्त्री असेल व मृत्यु गरोदरपणी, प्रसुतीच्यावेळी किंवा प्रसुतीनंतर ६ आठवडयात झाला तरच रकाना माहिती भरावी**
..............................

**१८) सिगारेट, विडी किंवा तत्सम पदार्थाचे व्यसन होते का?......... असल्यस किती वर्षे..........**

**१९) तंबाखू खाण्याचे व्यसन होते का ?........ असल्यास किती वर्षे..........**

**२०) सुपारी किंवा पान मसाला खाण्याचे व्यसन होते का? ....... असल्यास किती वर्षे..........**

**२१) दारु किंवा तत्सम उत्तेजक पदार्थाचे व्यसन होते का?....... असल्यास किती वर्षे..........**

( नमूद रकाने पूर्ण भरुन झाल्यावर डावीकडील स्तंभात माहिती देणाऱ्याने सही करावी.)

नोंदणी क्रमांक .............. नोंदणी दिनांक ............
मृत्यूचा दिनांक .............. मृताचे वय ............

लिंग * १) पुरुष २) स्त्री
मृत्यूचे ठिकाण * अ) हॉस्पिटल ब) घर क) इतर

निबंधकाचे नाव, सही व शिक्का

क्र. ८

(नियम क्रमांक १२ पहावे)

नमुना क्र.२

# मृत्यु नोंदवही

## कायदेशीर माहिती

(मृत्यु अहवालातील कायदेशीर भागाच्या माहितीला मृत्यु नोंदवही म्हणुन संबोधण्यात यावे.)

माहिती देणा-याने खालील रकाने भरावेत.

**१) मृत्यूचा दिनांक** ..............................
दिनांक महिना वर्ष

**२) मृताचे संपूर्ण नाव**...................................
मृतव्यक्तिचे आधारकार्ड क्र. (असल्यास)

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

**३) मृत व्यक्तिचे लिंग*** पुरुष स्त्री

**४) आईचे पूर्ण नाव** ..........................................
आईचा आधारकार्ड क्र. (असल्यास)

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

**५) वडिलांचे पूर्ण नाव** .................................
वडिलांचे/पतीचे आधारकार्ड क्र. (असल्यास)

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

**५अ) पती / पत्नीचे नाव** ................................................ **वय (पूर्ण वर्षात)**............
वडिलांचे/पतीचे आधारकार्ड क्र. (असल्यास)

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

**५ब) पती / पत्नीचा कायमचा पत्ता**.........................................................................
.........................................................................................................
.........................................................................................................

**६) मृत व्यक्तिचे वय** ........
(जर मृत व्यक्ति १ वर्षापेक्षा जास्त वयाची असेल तर वय पूर्ण वर्षात लिहावे, जर वय १ वर्षापेक्षा कमी वय असेल तर महिन्यांमध्ये वय लिहावे, जर वय १ महिन्यापेक्षा कमी असेल तर वय दिवसात लिहावे व एका दिवसापेक्षा कमी असेल तर वय तासात लिहावे)

**७) मयत व्यक्तिचा मृत्यूसमयीचा पत्ता** .......................
**८) मयत व्यक्तिचा कायमचा पत्ता** .............................
**९) मृत्यूचे ठिकाण**
(खाली नमूद केलेल्या अ, ब किंवा क पैकी एका मध्ये संपूर्ण माहिती भरण्यात यावी.)उदा.हॉस्पिटल / घर / जेथे मृत्यु झाला असेल ते ठिकाण.
**अ.** रुग्णालय/संस्था .....................................
नांव व पत्ता ..........................................
**ब.** घर ...................................................
(घराचा टपालाचा पत्ता)
**क.** इतर.................................................
**१०) माहिती देणा-याचे नाव व पत्ता** ........................

दिनांक ..................

माहिती देणा-याची सही/डाव्या हाताचा अंगठा

## निबंधकाने भरावयाची माहिती

नोंदणी क्रमांक .................. नोंदणी दिनांक ..................
नोंदणी संस्थेचे नाव. .................................... गांव/शहर .................... जिल्हा ....................

शेरा ....................

निबंधकाचे नाव, सही व शिक्का

प्रमाणपत्र दिल्याचा दिनांक प्राधिकाऱ्याचा पत्ता

टीप : * योग्य त्या ठिकाणी ✓ खूण करावी

**FORM NO. 2 DEATH REPORT**

(See Rule No .5 ) Legal information

This part to be added to the Death Register

**To be filled by the informant**

1. **Date of Death** : ......................................
(Enter the exact day, month and year the death took place e.g. 1-1-2000)

2. **Name of the Deceased** : ........................
(full name as usually written)
UID No **Deceased** ( If any)

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

3. **Sex of the deceased** : ............................
(Enter "male or female", do not use abbreviation)

4. **Full name of Mother :** .......................
UID No Mother ( If any)

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

**5. Full name of Father r :** .......................
UID No Father ( If any)

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

**5a. Full name of Husband / Wife :** ....................... Age (In years)............
UID No **Husband / Wife** ( If any)

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

**5b. Permanent address of Husband /Wife :**.................................
...........................................................................................
...........................................................................................

6. **Age of the deceased** : ............................ (If the deceased was over 1 year of age, give age in completed years, if the deceased was below 1 year of age, give age in months, and if below 1 month give age in completed number of days, and if below one day, in hours)

7. **Address of the deceased at the time of death :** ............................
...........................................................................................

8. **Permanent address of deceased** : ...........

9. **Place of death** : .................................
(Tick the appropriate entry 1, 2 or 3 below and given the name of the Hospital/Institution or the address of the house where the death took place, give location)
1. Hospital/Institution
Name& Address: ..............................
2. House Address : ........................
3. Other Place : .....................................

10. **Informant's name** : ................................
**Address ::** ...........................................

(After completing all columns 1 to 21, informant will put date and signature here.)

Date : ... Signature or left thumb mark of the informant

**To be filled by the Registrar**

Registration No: ..... Registration Date : ...........

Registration Unit : ..........................................

Town /Village : ............. District : ............... Remarks: (if any)

..............................................

Name, Seal and Signature of the Registrar

Date of issuance of certificate

Address of issuing authority

**DEATH REPORT**

**Statistical information**

This part to be detached and sent for statistical processing

**To be filled by the informant**

11. **Town or village of Residence of the deceased** : . :( Place where the deceased actually lived.. This can be different from the place where the death occurred. The house address is not required to be entered)
a) Name of Town/village :......................
b) Is it a town or village : (Tick the appropriate entry below)
1. Town 2. Village
c) Name of District : .............................
d) Name of State : ...............................

12. **Religion** : (Tick the appropriate entry below )
1. Hindu 2. Muslim 3. Christian
4. Any other religion ................................
(write name of the religion)

13. **Occupation of the deceased** ................
(if no occupation write 'Nil')

14. **Type of medical attention received before death**: (Tick the appropriate entry below)
1. Institutional
2. Medical attention other than institution-
3. No medical attention

**To be filled by the Registrar**

| Place | Name | Code No. |
|---|---|---|
| District | | |
| Tahsil | | |
| Town/Village | | |
| Registration Unit | | |

**FORM NO. 2**

**To be filled by the informant**

15. **Was the cause of death medically certified?** : (Tick the appropriate entry below)
1. Yes 2. No.

16. **Name of Disease or Actual Cause of Death** :
(For all deaths irrespective of whether medically certified or not)
. In case this is female death, did the death occur while pregnant, at the time of delivery or within 6 weeks after the end of pregnancy :
(Tick the appropriate entry below)
1. Yes 2. No

18. **If used to habitually smoke - for how many years?**

19. **If used to habitually chew tobacco in any form- for how many years?**

20. **If used to habitually chew areca nut in any form (including pan masala)- for how many years?**

21. **If used to habitually drink alcohol- for how many years?**

(Columns to be filled are over. Now put signature at left)

Registration No.: ........ Registration Date : ......... Date of Death : .........
Age : .................... Years/months/days/hours
Sex : 1. Male 2. Female
Place of Death :
1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place.

Name, Seal and Signature of the Registrar.

Form No. 8

**FORM NO. 2** **DEATH REGISTER**

(See Rule No .12 )

## Legal information

This part to be added to the Death Register

**To be filled by the informant**

1. **Date of Death** : ........................................
(Enter the exact day, month and year the death took place e.g. 1-1-2000)
2. **Name of the Deceased** : .........................
(full name as usually written)
UID No **Deceased** ( If any)

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

3. **Sex of the deceased** : ............................
(Enter "male or female", do not use abbreviation)
4. **Full name of Mother :** .......................
UID No Mother ( If any)

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

**5. Full name of Father r :** .......................
UID No Father ( If any)

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

**5a. Full name of Husband / Wife :** ...................... **Age (In Years)**............
UID No **Husband / Wife** ( If any)

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

5b) Permanent address of Husband / Wife :........................................
..........................................................................................
..........................................................................................

6. **Age of the deceased** : ............................ (If the deceased was over 1 year of age, give age in completed years, if the deceased was below 1 year of age, give age in months, and if below 1 month give age in completed number of days, and if below one day, in hours)
7. **Address of the deceased at the time of death** : ..........................................................................
8. **Permanent address of deceased** : ...........
9. **Place of death** : .................................
(Tick the appropriate entry 1, 2 or 3 below and given the name of the Hospital/Institution or the address of the house where the death took place, give location)
1. Hospital/Institution
Name& Address: ..............................
2. House Address : ........................
3. Other Place : .....................................
10. **Informant's name** : .................................
**Address** :: ...........................................

(After completing all columns 1 to 21, informant will put date and signature here.)
Date : ... Signature or left thumb mark of the informant

**To be filled by the Registrar**

Registration No: ..... Registration Date : ..........
Registration Unit : ..........................................

Town /Village : ............. District : ................ Remarks: (if any)
...........................................

Name, Seal and Signature of the Registrar

Date of issuance of certificate

Address of issuing authority