पपद संख्या-2 Form No-2

उत्तराखण्ड सरकार

UTTARAKHAND GOVERNMENT चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

MEDICAL HEALTH & FAMILY WELFARE DEPARTMENT



मृत्यु रिपोर्ट / Death Report विधिक सूचनार्ये / Legal Information) यह भाग जन्म पंजिका में जुडेग़ा

(This part to be added to the Death Register)





## उत्तराखण्ड सरकार **UTTARAKHAND GOVERNMENT** चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग MEDICAL HEALTH & FAMILY WELFARE DEPARTMENT

मृत्य रिपोर्ट / Death Report

सांख्यिकी सूचनायें / Statistical Information) इस भाग को अलग कर सांख्यिकी प्रयोनार्थ भेजा जायेगा। This part to be detached and sent for statistical processing



प्रपत्न संख्या-2

Form No-2

सचना देने वाले द्वारा भरा जायेगा / To be filled by the informant सुचना देने वाले द्वारा भरा जायेगा / To be filled by the informant सुचना देने वाले द्वारा भरा जायेगा / To be filled by the informant ी मृत्यु का दिनांक (सही दिवस, मास व वर्ष िखे)/ Date of Birth : (Enter the exact day, month and year) ..... (15) क्या मृत्यु का कारण चिकित्सकीय प्रमाणित है (सही का निशान 11. गाम या शहर का नाम जहां मतक का निवास हो (वो जगह जहां मतक लगाये)/ Was the cause of death medically certified 2. मृतक का नाम ) Name of the Deceased .... मृतक की यू०आई०डी० सं० (यदि हो) (UID No. of Deceased (if any): वास्तव में रहता था। यह जगह जहां पर मृत्यु हुई है उससे अलग हो सकती है। (Tick the appropriate entry) घर का पता दर्ज किये जाने की आवश्यकता नहीं है)/ Town or village of 1. ਗੰ/ Yes · Residence of the deceased: (Place where the deceased 2. नहीं / No लिंगः (महिला/पुरुष ओकेत करें ) Sex : "mate" Hemale !! (16) बीमारी का नाम अथवा मृत्यु का वास्तविक कारण (सभी मृत्यु actually lives. This can be different from the place where the death के लिए चाहे चिकित्सकीय प्रमाणित हो या नहीं)/ Name occurred. The house address is not required to be entered.) Disease or Actual cause of Death (for all deaths (क) नाम शहर//ग्रामा Name of Town/Village irrespective of whether medically certified or not) ...... पिता का नाम Name of Father: पिता की यूoआईoडीo संख्या (यदि हो) UID No. of Father (if any) (ख) क्या शहर अथवा ग्राम है (सही का निशान लगायें) Is it a town or (17) यदि मृतक महिला है तो स्पष्ट करें कि क्या मृत्यु प्रसव के समय village (Tick the appropriate entry below) हुई या गर्भपात के 6 हफ्ते बाद हुई (सही का निशान लगाये)/ (1) शहर/Town (2) ग्राम/ Village In case this is a female death, did the death occur (স) जनपद का नाम (Name of District) while evegnant of the time of delivery or within 6 weeks 6. मृतक की आयु (यदि मृतक एक वर्ष से अधिक का हो तो पूर्ण वर्ष या एक वर्ष से कम माह का हो तो माह में एवं यदि माह से कम हो तो पूर्ण किये गये दिनों में ) Age of the deceased: (if the deceased was over 1 year (घ) प्रदेश का नाम (Name of State) after the end of pregnancy (Tick the appropriate entry) (12) परिवार का धर्म (सही का निशान लगायें)/ Religion of the Family (1) हां/ Yes (2) नहीं/ No of age, give age in completed years. If the deceased was below (Tick the appropriate entry) (18) यदि ध्रम्रपान का आदि था तो कितने वर्षों से/ If used to 1 year of age, give age in months, and if below 1 months give (2) ईसाई (3) मुसलमान (4) सिक्ख (5) अन्य (1) हिन्दू -habitually smoke - for how many years..... again complete number of days, and if below one day, Muslim Hindu Christian Sikh Other (19) यदि आदतन किसी प्रकार का तम्बाकू चबाते हों तो पिछले मृतक का मृत्यु के समय का पता/ Address of the deceased at the time of (13) मृतक का व्यवसाय (यदि व्यवसाय न हो तो 'शून्य' लिखें) / कितने वर्षों से/ If used to habitually chew tobacco in any Occupation of the deceased (if no occupation write "Nill") form - for how many years..... 9. मृतक का स्थान (सुरी का निशान लगायें / Place of Birth: (Tick is appropriate Entry) (20) यदि आदतन सुपारी, किसी प्रकार का पान मसाला आदि का (14)मृत्यु पूर्व किस प्रकार की चिकित्सकीय सुविधा मिली (सही का (1) अस्पताल/संस्था का नाम/ Hospital / Institution Name : ..... सेवन करते थे (पिछले कितने वर्षों से)/ If used to habitually निशान लगाये)/ type of medical attention received before chew arecanut in any form (including pan masala)-(2) घर / House पता /Address , death (Tick the appropriate entry) (3) अन्य स्थान / Other Place..... for how many years.... 10. सूचना देने वाले का नाम / Informant's Name: 1. संस्थागत/ Institutional (21) क्या शराब पीने कें आदी थे (पिछले कितने वर्षों से)/ if use to 2. संस्था के अतिरिक्त/ Other than instution पता / Address ..... habitually drink alcohol-for how many years 3. कोई चिकित्सा सेवा नहीं/ No medical attention सचना देने वाले के हस्ताक्षर/Signature of the informant दिनांक/Date निबन्धक द्वारा भरा जाना है/ To be filled by Registrar निबन्धक द्वारा भरा जाना है/ To be filled by Registrar पंजीकरण संख्या / Reg. No : .......... दिनांक / Date : ..... नाम /Name ...... कोड / Code..... पंजीकरण संख्या / Registration No. .... जनपद /District पंजीकरण दिनांक / Registration Date..... तस्सील /Tahsil पंजीकरण इकाई / Registration Unit ..... शहर/ग्राम/Town/Village ..... शहर/ग्राम / Town / Village .....जनपद / District: ..... (2) घर House (3) अन्य स्थान Other पंजीकरण डकार्ड का नाम/Name of Registration Unit निबन्धक के हस्ताक्षर /Signature of the Registrar निबन्धक के हस्ताक्षर / Signature of the Registrar