

प्रपत्र संख्या 2 (मृत्यु रिपोर्ट)
(नियम 5 देखिए)



रजिस्ट्रार/उपरजिस्ट्रार

पंजीयन का रेफरेंस नम्बर.....
(‘पहचान’ वेबपोर्टल से सृजित)

नगर निगम/नगर निकाय/ग्राम पंचायत.....
(जहां घटना घटित हुई हो)

1. मृत्यु की तारीख:
(मृत्यु का वास्तविक दिन, माह और वर्ष लिखिए: जैसे:01.01.2000)

2. मृतक का नाम (पूरा नाम जैसे कि प्राय लिखा जाता है)
हिन्दी में..... अंग्रेजी में (बड़े अक्षरों में).....
मृतक का आधार नम्बर (यदि कोई हो)

3. मृतक का लिंग: (√ का निशान लगायें) पुरुष स्त्री ट्रांसजेंडर

4. मृतक के पिता का पूरा नाम: (पूरा नाम जैसा कि प्राय: लिखा जाता है)
हिन्दी में..... अंग्रेजी में (बड़े अक्षरों में).....
पिता का आधार नम्बर (यदि कोई हो)

5. मृतक की माता का पूरा नाम: (पूरा नाम जैसा कि प्राय: लिखा जाता है)
हिन्दी में..... अंग्रेजी में (बड़े अक्षरों में).....
माता का आधार नम्बर (यदि कोई हो)

5(i). मृतक के पति/पत्नी का नाम: (पूरा नाम जैसा कि प्राय: लिखा जाता है)
हिन्दी में..... अंग्रेजी में (बड़े अक्षरों में).....
पति/पत्नी का आधार नम्बर (यदि कोई हो)
परिवार का भामाशाह पहचान संख्या

6. मृतक का स्थाई पता: (हिन्दी में)
अंग्रेजी में (बड़े अक्षरों में)

7. मृतक का मृत्यु के समय पता: (यदि कॉलम 6 से भिन्न हो तो)
(हिन्दी में)
अंग्रेजी में (बड़े अक्षरों में)

8. मृतक की आयु: (यदि मृतक की आयु एक वर्ष से अधिक हो तो आयु पूर्ण वर्षों में प्रविष्टि करें, एक वर्ष से कम हो तो आयु मासों में प्रविष्टि करें,
एक माह से कम हो तो आयु पूर्ण दिनों में लिखिए और यदि एक दिन से कम हो तो आयु घंटों में लिखिए):

9. मृत्यु का स्थान: (समुचित प्रविष्टि 1, 2 या 3 पर √ का निशान लगायें तथा नाम/पते का अंकन करें)

1.अस्पताल/संस्थान (नाम):

2.घर (पता):

3 अन्य स्थान:

10. मृतक के निवास का नगर या गांव (स्थान जहां मृतक वास्तव में रहता था। यह उस स्थान से अलग हो सकता है जहां उसकी मृत्यु हुई है)
(घर का पता लिखना अपेक्षित नहीं है)

(क) क्षेत्र : शहरी/ग्रामीण (समुचित प्रविष्टि पर √ निशान लगायें) (ख) नगर /गांव का नाम :

(ग) जिला :(घ) राज्य :

11. धर्म: (नीचे दी गई प्रविष्टियों में से समुचित पर √ निशान लगायें)

(1) हिन्दू (2)मुस्लिम (3) ईसाई (4)अन्य कोई धर्म.....
(धर्म का नाम लिखिए)

12. मृतक का व्यवसाय:
(यदि कोई व्यवसाय नहीं करता है तो कुछ नहीं लिखिये)

13. मृत्यु से पूर्व प्रदान किया गया चिकित्सीय उपचार : (निम्न प्रविष्टियों में से समुचित पर ✓ का निशान लगायें)
 (1) संस्थान (2) संस्थान के अतिरिक्त अन्य चिकित्सीय उपचार (3) कोई चिकित्सीय उपचार नहीं किया गया।
14. क्या मृत्यु का कारण चिकित्सीय रूप से प्रमाणित है? (नीचे दी गई प्रविष्टियों में से समुचित पर ✓ का निशान लगाइयें)
 (1) हां (2) नहीं
15. बीमारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण : (किसी भी प्रकार से हुई मृत्यु के मामले में चिकित्सकीय रूप से प्रमाणित या अप्रमाणित का विचार किए बिना)।
16. यदि मृतक स्त्री है, क्या मृत्यु गर्भवती रहने के दौरान, प्रसव के समय या गर्भावस्था के पश्चात् 6 सप्ताह के भीतर हुई है :
 (नीचे प्रविष्टियों में से समुचित पर ✓ का निशान लगाइयें)
 (1) हां (2) नहीं
17. क्या मृतक धूम्रपान का आदी था, यदि हां तो कितने वर्षों से ?
18. क्या किसी भी रूप में तम्बाकू खाने का आदी था, यदि हां तो कितने वर्षों से ?
19. क्या किसी भी रूप में सुपारी (पान मसाला सम्मिलित करते हुए) खाने का आदी था, यदि हां तो कितने वर्षों से ?
20. क्या मदिरापान का आदी था, यदि हां तो कितने वर्षों से?
21. (i) आवेदक/सूचनादाता का नाम :
- (ii) आवेदक का मृतक से सम्बन्ध
- (iii) आवेदक का आधार संख्या
- (iv) आवेदक का भामाशाह परिवार पहचान पत्र संख्या
- (v) आवेदक का मोबाइल नम्बर
- (vi) आवेदक का ई-मेल.....

घोषणा

मैं.....पुत्र/पुत्री.....आयु.....
 निवासी.....यह घोषणा करता/करती हूँ कि उक्त प्रतिवेदन में दी गई सूचना एवं जानकारी सही एवं सत्य है। दी गई सूचना एवं जानकारी असत्य पाई जाने पर मेरे विरुद्ध की जाने वाली कार्यवाही के लिए मैं स्वयं उत्तरदायी रहूंगा/रहूंगी।

सूचनादाता/आवेदक के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी

संलग्न दस्तावेज (सही (✓) का निशान लगावें):-

1. मृत्यु से सम्बन्धित प्रमाण पत्र
2. विलम्बित पंजीयन हेतु सक्षम अनुज्ञा का शपथ पत्र
3. आवेदक की पहचान एवं पते का दस्तावेज
4. परिवार का भामाशाह पहचान पत्र

कार्यालय उपयोग हेतु

रजिस्ट्रीकरण संख्या..... रजिस्ट्रीकरण की तारीख.....

रजिस्ट्रीकरण इकाई जिला.....

रजिस्ट्रार/उपरजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर

हमारा लक्ष्य – जन्म हो या मरण, शत प्रतिशत पंजीकरण

टोल फ्री नं. – 1800-180-6785

ई-मेल : jd vital.des@rajasthan.gov.in, pehchan.raj@gov.in

वेबसाइट – <http://pehchan.raj.nic.in>