



सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा

1. मृत्यु की तारीख

(मृत्यु की सही दिन, माह एवं वर्ष अधिक कर दें उदाहरण: 01-01-2000)

2. मृतक का नाम (पूरा नाम जैसा कि सामान्यतः लिखा जाता है)

(हिंदी में).....

(अंग्रेजी में).....

वही अक्षरों में

मृतक का UID No/

आधार नं (यदि कोई हो)

3. मृतक का लिंग (पुरुष या स्त्री, पूर्ण शब्दों में लिखें, संक्षेप 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)

6. (अ) पति/पत्नी का नाम

पति का UID No/

आधार नं (यदि कोई हो)

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 और असमताल/संस्थान का नाम या घर का पता दें जहां मृत्यु हुई है।

1. अस्मताल/संस्थान नाम:.....

2. घर का पता:.....

3. अन्य स्थान:.....

10. सूचनादाता का नाम:.....

पता:.....

मोबाइल नं:.....

जब 1 से 22 तक पूरे स्थान भर जायें तब सूचना देने वाले को हस्ताक्षर व दिनांक भरना पड़ेगा

दिनांक :.....

सूचना देने वाले के हस्ताक्षर या बायो मेट्रिक्स के अनुरूप का निशान

पंजीकरण संख्या :

पंजीकरण दिनांक :

शहर/ग्राम :

डिप्टी (यदि कोई हो)

पंजीकरण संख्या :

पंजीकरण दिनांक :

शहर/ग्राम :

डिप्टी (यदि कोई हो)

पंजीकरण संख्या :

पंजीकरण दिनांक :

शहर/ग्राम :

डिप्टी (यदि कोई हो)

सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा

11. ग्राम या शहर का नाम या जहां मृतक निवास हो (मृतक जहां सामान्यतः रहता हो। क्योंकि मृत्यु की जगह भिन्न हो सकता है। वहां का पता आवश्यक नहीं है)

(क) शहर/ग्राम का नाम:.....

(ख) क्या शहर है या ग्राम है (सही का निशान लगाएं)

1. शहर:.....

2. ग्राम:.....

(ग) किले का नाम.....

(घ) राज्य का नाम:- उत्तर प्रदेश

12. धर्म: (सही का निशान लगाएं)

1. हिन्दू.....

2. मुस्लिम.....

3. ईसाई.....

4. अन्य कोई धर्म :.....

(धर्म का नाम अधिकृत करें)

13. मृतक का व्यवसाय:.....

(यदि कोई व्यवसाय नहीं हो 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 के कारण चिकित्सायुक्त रूप से प्रमाणित किया गया (सही का निशान लगाएं)

1. हाँ.....

2. नहीं.....

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

17. रक्त 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. हाँ.....

2. नहीं.....

18. यदि घृष्टमन का आर्त या तो कितने वर्षों से :.....

19. यदि किसी भी रूप में तन्त्राक्षर चयन का आदेश या तो कितने वर्षों से :.....

20. यदि गुपारी (दान मसाला को समितित करने हुए) चयन का आदेश या तो कितने वर्षों से :.....

21. यदि एन्डोहेल पीने का आदेश या तो कितने वर्षों से :.....

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

पंजीकरण संख्या :

पंजीकरण दिनांक :

शहर/ग्राम :

डिप्टी (यदि कोई हो)

पंजीकरण संख्या :

पंजीकरण दिनांक :

शहर/ग्राम :

डिप्टी (यदि कोई हो)

पंजीकरण संख्या :

पंजीकरण दिनांक :

शहर/ग्राम :

डिप्टी (यदि कोई हो)

पंजीकरण संख्या :

पंजीकरण दिनांक :

शहर/ग्राम :

डिप्टी (यदि कोई हो)

पंजीकरण संख्या :

पंजीकरण दिनांक :

शहर/ग्राम :

डिप्टी (यदि कोई हो)

पंजीकरण संख्या :

पंजीकरण दिनांक :

शहर/ग्राम :

डिप्टी (यदि कोई हो)

पंजीकरण संख्या :

पंजीकरण दिनांक :

शहर/ग्राम :

डिप्टी (यदि कोई हो)