

फार्म संख्या 2 Form No. 2 राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI मृत्यु प्रतिवेदन DEATH REPORT कानूनी सूचना Legal Information यह भाग मृत्यु रजिस्टर के साथ जोड़ा जाये This part to be added to the Death Register सूचना देने वाले द्वारा भरा जाये (To be filled by the informant)	फार्म संख्या 2 Form No. 2 राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली-सरकार GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI मृत्यु प्रतिवेदन DEATH REPORT सांख्यिकीय सूचना Statistical Information यह भाग अलग करके सांख्यिकीय कार्यवाही हेतु भेजा जाये This part to be detached and sent for statistical processing सूचना देने वाले द्वारा भरा जाये (To be filled by the informant)	सूचना देने वाले द्वारा भरा जाये (To be filled by the informant)
1. मृत्यु तिथि : (मृत्यु होने का सही दिन, महीना और वर्ष लिखें जैसे 1.1.2000) Date of Death : (Enter the exact day, month and year the death took place e.g. 1-1-2000)	7. मृतक के निवास का शहर या गाँव : (स्थान जहाँ मृतक वास्तव में रहता था। यह उस स्थान से अलग हो सकता है जहाँ मृत्यु हुई हो घर का पता लिखना आवश्यक नहीं है) Town or village of Residence of 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.)	11. क्या मृत्यु का कारण चिकित्सा प्रमाणित था ? (निम्न पर सही का निशान लगाएं) Was the cause of death medically certified ? (tick the appropriate entry below) 1. हाँ/Yes 2. नहीं/NO
2. मृतक का नाम (पूरा नाम जैसा कि प्रायः लिखा जाता है) Name of the Deceased (Full name as Usually written)	अ. शहर या गाँव का नाम Name of Town/Village	12. बीमारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण : (सभी प्रकार की मृत्यु के लिये चाहे चिकित्सीय प्रमाणित है या नहीं) Name of Disease or Actual cause of Death : (for all death irrespectively of whether medically certified or not)
2(अ). मृतक के पिता/पति का नाम Name of Father/Husband Deceased	ब. क्या यह शहर या गाँव है ? (निम्न में से एक पर सही का निशान लगायें) Is it a town or village ? (Tick the appropriate entry below) 1. शहर/Town 2. गाँव/Village	13. महिला मृत्यु की स्थिति में क्या मृत्यु गर्भ के दौरान, प्रसूति के समय या गर्भावस्था की समाप्ति के 6 सप्ताह के भीतर हुई (निम्न पर सही का निशान लगायें) In case of this is a 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. हाँ/Yes 2. नहीं/NO
2(ब). मृतक की माता का नाम Name of Mother of Deceased	स. जिले का नाम Name of District	14. यदि धूम्रपान की आदत थी तो कितने वर्षों से ? If used in habitually smoke, for how many years ?
2(स). मृतक का स्थायी पता Permanent Address of Deceased	द. राज्य का नाम Name of State	
2(घ). मृत्यु के समय मृतक का पता Address of Deceased at the time of death	8. धर्म (निम्न में से किसी एक पर सही का निशान लगायें) Religion (Tick the appropriate entry below) 1. हिन्दू/Hindu 2. मुसलमान/Muslim 3. ईसाई/Christian 4. अन्य कोई धर्म (धर्म का नाम लिखें) Any other Religion (Write the Name of the religion)	15. यदि किसी भी प्रकार के तम्बाकू चबाने की आदत थी तो कितने वर्षों से ? If used in habitually chew tobacco in any form—for how many years ?
3. मृतक का लिंग : "पुलिंग या स्त्रीलिंग" लिखें, संक्षिप्त रूप न लिखें) Sex of deceased : (Enter "male or female", do not use abbreviation)	9. मृतक का व्यवसाय : (यदि कोई व्यवसाय नहीं तो शून्य लिखें) Occupation of the deceased : (if no occupation write "Nil")	16. यदि किसी भी रूप में (पान मसाला सहित) सुपारी चबाने की आदत थी तो कितने वर्षों से ? If used to habitually chew arecanut in any form (including pan masala) for how many years ?
4. मृतक की आयु : (यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से अधिक हो तो आयु पूर्ण वर्षों में एक वर्ष से कम हो तो पूर्ण महीनों में, एक महीने से कम हो तो पूर्ण दिनों में और यदि 1 दिन से भी कम हो तो पूर्ण घण्टों में लिखें) 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 year, give age in completed number of days, and if below 1 day, in hours)	10. मृत्यु से पहले ली गई चिकित्सा सहायता की किस्म (निम्न में से एक पर सही का निशान लगायें) Type of medical attention received before death (tick the appropriate entry below) 1. संस्थागत Institutional 2. संस्था के अलावा अन्य ली गई चिकित्सा सहायता Medical attention other than institution 3. कोई भी चिकित्सा सहायता नहीं No medical attention	17. यदि शराब पीने की आदत थी तो कितने वर्षों से ? If used to habitually drink alcohol—for how many years ?
5. मृत्यु का स्थान : (निम्न में से 1, 2 या 3 पर सही का निशान लगायें और अस्पताल/संस्था का नाम या घर का पता जहाँ मृत्यु हुई हो लिखें यदि किसी अन्य स्थान पर हुई हो तो जगह का नाम लिखें) Place of Death : Tick the appropriate entry 1, 2 or 3 below and give the Name of the hospital/institution or the address of the house where the death took place. If other place give location.	(सभी कॉलम भरने के बाद बायीं ओर हस्ताक्षर करें) (Columns to be filled are over. Now put signature at left)	
1. अस्पताल/संस्था Hospital/Institution नाम Name : 2. घर House पता Address : 3. अन्य स्थान/Other Place	6. सूचना देने वाले का नाम व पता Informant's Name & Address	
कॉलम 1 से 17 भरने के बाद ही सूचना देने वाला हस्ताक्षर और दिनांक लिखेगा (After completing all Columns 1 to 17 informant will put date and signature here)		
दिनांक Date	सूचना देने वाले के हस्ताक्षर अथवा बायें अंगूठे का निशान Signature or left thumb mark of the informant	
पंजीकार द्वारा भरा जाये To be filled by the Registrar		
पंजीकरण संख्या Registration No.	पंजीकरण तिथि Registration Date	पंजीकरण संख्या Registration No.
पंजीकरण यूनिट Registration Unit	जिला/ District	पंजीकरण तिथि Registration Date
शहर/गाँव Town/Village	विवरण (यदि कोई हो) Remarks (if any)	पंजीकरण संख्या Registration No.
	शहर/गाँव Town/Village	पंजीकरण संख्या Registration No.
	पंजीकरण यूनिट Registration Unit	पंजीकरण संख्या Registration No.
पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर एवं मोहर Name and Signature of the Registrar & Stamp		पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर एवं मोहर Name and Signature of the Registrar & Stamp