

Form No. 2

DEATH REPORT (To be filled by the informant)

S. 712-1003

Legal Information		Statistical Information	
1. Date of Death	D D M M Y Y Y Y	11. a) Name of Town / Village of Residence of the deceased	18. If used to habitually smoke - for how many years?
2. Name of the Deceased :		b) Is it a Town / Village (Tick)	
UID no. of Deceased (if any)		c) Name of District	19. If used to habitually chew tobacco in any form -how many years?
3. Sex : Male / Female / Transgender		d) Name of State	
4. Name of the mother:		12. Religion : Hindu / Muslim / Christian Other (specify)	20. If used to habitually chew arecanut in any form (including pan masala) -for how many years?
UID no. of mother (if any)		13. Occupation of the deceased	
Contact no. of mother (if any)		(If no occupation write 'NIL')	21. If used to habitually drink alcohol -for how many years?
5. Name of father		14. Type of medical attention received before death (Tick)	
UID no. of father (if any)		(i) Institutional – Government	
Contact no. of father (if any)		(ii) Institutional – Private / Non Government	
5a. Name of the Husband/Wife (If any) :		(iii) No medical attention	
UID no. of Husband/Wife (if any)		15. Was the cause of death medically certified? (Tick)	Remarks (if any)
Contact no. of Husband/Wife (if any)		1. Yes 2. No	(Signature / LTI of Guardian with date) – optional
6. Age of the deceased :	(If more than 1 year, age in completed year, below 1 year, age in month, below 1 month, age in days, below 1 day, age in hours)	16. Name of disease or actual cause of death : (for all deaths irrespective of whether medically certified or not)	(Signature / LTI of Informant with date)
7. Address of the deceased at the time of death :		17. 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)	Death Registration No.
Mouza/Ward Block/Municipality		1. Yes 2. No	Date of Registration
P.O. P.S. District			(Signature of Registrar / Sub-Registrar with date)
8. Permanent address of the deceased :			
Mouza/Ward Block/Municipality			
P.O. P.S. District			
9. Place of death a) Hospital / Institution (Name)			
b) House (Address)			
c) Others (Address)			
10. Informant (Name & Address)			

আইন গত তথ্য

পরিম্প্রদায়ন সংক্রান্ত তথ্য

১. মৃত্যুর তারিখ D D M M Y Y Y Y	১১. ক) মৃত ব্যক্তির বাসস্থান : গ্রাম / শহরের নাম খ) এটা শহর / গ্রাম : (যথাহানে টিক চিহ্ন দিন) গ) জেলার নাম ঘ) রাজ্যের নাম ১২. পরিবারের ধর্ম : (যথাহানে টিক চিহ্ন দিন) হিন্দু/মুসলিম/খ্রীষ্টান/ অন্যান্য (কোনো টিক না থাকলে 'নাই' লিখুন)	১৮. মৃত ব্যক্তির ধর্মপানের অত্যায় থাকলে তা কত বৎসরের? ১৯. কোনো প্রকার তামাক পাতা চিবানোর অত্যায় থাকলে - তা কত বৎসরের? ২০. সুপারি বা সুপারিজাত দ্রব্য (পানমশলা সহ) চিবানোর অত্যায় থাকলে - তা কত বৎসরের? ২১. মদ্যপানের অত্যায় থাকলে - তা কত বৎসরের?
২. মৃত ব্যক্তির নাম মৃত ব্যক্তির আধার নম্বর (যদি থাকে)	১৩. মৃতব্যক্তির পেশা (কোনো টিক না থাকলে 'নাই' লিখুন)	২২. মৃত্যুর পূর্বে চিকিৎসার ধরন : (যথাহানে টিক চিহ্ন দিন) (i) চিকিৎসা কেন্দ্র (ii) চিকিৎসা কেন্দ্র ছাড়া অন্যত্র (iii) আদৌ কোনো চিকিৎসা হয়নি
৩. লিঙ্গ : পুরুষ / স্ত্রী / তম লিঙ্গ ৪. মাতার নাম মাতার আধার নম্বর (যদি থাকে) মাতার ফোন নম্বর (যদি থাকে) ৫. পিতার নাম পিতার আধার নম্বর (যদি থাকে) পিতার ফোন নম্বর (যদি থাকে) ৬. (ক) স্বামী / স্ত্রীর নাম : স্বামী / স্ত্রীর আধার নম্বর (যদি থাকে) স্বামী / স্ত্রীর ফোন নম্বর (যদি থাকে) ৭. মৃত্যুর সময় : (এক বৎসরের উপর হলে 'পূর্ণ বৎসরে', এক বৎসরের নিচে হলে 'পূর্ণ মাসে', এক মাসের নিচে হলে 'পূর্ণ দিনে' এবং একদিনের কম হলে ঘণ্টাতে বয়স লিখতে হবে)	১৪. মৃত্যুর কারণ চিকিৎসক দ্বারা নিশ্চিত করা হয়েছে কিনা? (যথাহানে টিক চিহ্ন দিন) ১) হ্যাঁ ২) না ১৫. অসুখের নাম অথবা মৃত্যুর প্রকৃত কারণ : সমস্ত মৃত্যুর ক্ষেত্রে যদিও তা চিকিৎসক দ্বারা শংখিত হোক বা না হোক ১৬. যদি মৃত ব্যক্তি স্ত্রীলোক হন, মৃত্যুর সময় তিনি গর্ভবতী ছিলেন কিনা, প্রসবকালে বা গর্ভমুক্তির ছয় সপ্তাহের মধ্যে মৃত্যু হয়েছে কিনা : (যথাহানে টিক চিহ্ন দিন) ১) হ্যাঁ ২) না	২৩. মৃত্যুর সময় মৃত ব্যক্তির ঠিকানা মোজা/ওয়ার্ড : ব্লক/মিউনিসিপালিটি পোস্ট : থানা : জেলা : ২৪. মৃত ব্যক্তির স্থায়ী ঠিকানা মোজা/ওয়ার্ড : ব্লক/মিউনিসিপালিটি পোস্ট : থানা : জেলা : ২৫. মৃত্যুর স্থান : ক) হাসপাতাল / প্রতিষ্ঠান (নাম) খ) বাড়ি (ঠিকানা) গ) অন্য জায়গায় (ঠিকানা) ২৬. সংবাদদাতার (নাম ও ঠিকানা)
		২৭. (অভিজ্ঞাতের স্বাক্ষর / এল.টি.আই. তারিখ সহ) - বেঙ্গা মূলক ২৮. (সংবাদদাতার স্বাক্ষর / এল.টি.আই. তারিখ সহ) মৃত্যু নিবন্ধীকরণ নম্বর : নিবন্ধীকরণের তারিখ (নিবন্ধকর / উপ-নিবন্ধকরের স্বাক্ষর তারিখ সহ)