

फार्म संख्या 2 / Form No. 2 उत्तर प्रदेश सरकार GOVT. OF UTTAR PRADESH 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 भर जाये (To be filled by the Informant)		फार्म संख्या 2 / Form No. 2 नियम 5 देखें / See Rule 5 उत्तर प्रदेश सरकार GOVT. OF UTTAR PRADESH मृत्यु प्रतिवेदन DEATH REPORT सांख्यिकीय सूचना Statistical Information यह भाग अलग करके सांख्यिकीय कार्यालयी हेतु भेजा जाये This part to be detached and sent for statistical processing सूचना देने वाले द्वारा भर जाये (To be filled by the Informant)	
1	मृत्यु तिथि (मृत्यु होने का सही दिन, महीना और वर्ष लिखें) Date of Death : (Enter the exact day, Month and year the death took place)	9	मृतक के निवास का शहर या गाँव (स्थान जहाँ मृतक वास्तव में रहता था। वह उस स्थान से अलग हो सकता है जहाँ मृत्यु हुई हो पर 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.)
2	मृतक का नाम (पूरा नाम जैसा कि प्रायः लिखा जाता है) Name of the Deceased	10	क्या यह शहर या गाँव है (निम्न में से किसी एक पर सही का निशान लगायें) Is it a town or village? (Tick the appropriate entry below) 1. शहर / Town 2. गाँव / Village
3	मृतक के पिता/पति का नाम Name of Father / Husband of Deceased	11	मृतक का व्यवसाय (यदि कोई व्यवसाय नहीं है तो सूचना लिखें) Occupation of the deceased : (If no occupation write "Nil")
3a	मृतक की माता का नाम Name of Mother of Deceased	12	मृत्यु से पहले ली गई चिकित्सा सहायता की विधि (निम्न में से किसी एक पर सही का निशान लगायें) Type of medical attention received before death (Tick the appropriate entry below) 1. संस्थानगत Institutional 2. संस्था के अलावा अन्य ली गई चिकित्सा सहायता Medical attention other than institution 3. कोई भी चिकित्सा सहायता नहीं No medical attention
4	मृतक का स्थायी पता Permanent Address of Deceased	13	क्या मृत्यु का कारण चिकित्सा प्रमाणित था? (निम्न पर सही का निशान लगायें) Was the cause of death medically certified? (tick the appropriate entry below) 1 हाँ / Yes 2 नहीं / No
4a	मृत्यु के समय मृतक का पता Address of Deceased at the time of death	14	शरीर का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण (सभी प्रकार की मृत्यु के लिए बाह्य चिकित्सा प्रमाणित है या नहीं) Name of Disease or Actual cause of Death? (for all death irrespective of whether medically certified or not)
4b	मृत्यु के समय मृतक का लिंग Sex of Deceased (Enter male or female)	15	नर्तिका 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 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
5	मृतक की आयु: Age of the deceased	16	क्या सूचना देने वाले की आदत थी कि वे कितने वर्षों से? (यदि सूचना देने वाले की आदत थी तो कितने वर्षों से?) If used to habitually smoke- for how many years?
6	मृत्यु का स्थान Place of Death 1. अस्पताल/संस्था का नाम Name of Hospital/Institution 2. घर का पता Address of House 3. अन्य स्थान Other Place	17	यदि किसी प्रकार की तम्बाकू पचाने की आदत थी तो कितने वर्षों से? If used to habitually chew tobacco in any form - for how many years?
7	सूचना देने वाले का नाम व पता Informant's Name & Address	18	यदि किसी प्रकार की तम्बाकू पचाने की आदत थी तो कितने वर्षों से? If used to habitually chew areca nut in any form (including pan masala) - for how many years?
8	सूचना देने वाले के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का निशान Signature or left thumb mark of the Informant	19	यदि शराब पीने की आदत थी तो कितने वर्षों से? If used to habitually drink alcohol - for how many years?
कौटुम्बिक 1 से 19 स्तंभों के बाद ही सूचना देने वाले द्वारा हस्ताक्षर और दिनांक लिखेंगे (After completing all Columns 1 to 19 informant will put date and signature here)		सभी कौटुम्बिक स्तंभों के पर्याप्त बाईं ओर हस्ताक्षर करें। (Columns to be filled are over- Now put signature at left)	
दिनांक Date		सूचना देने वाले के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का निशान Signature or left thumb mark of the Informant	
पंजीकार द्वारा भर जाये To be filled by the Registrar		पंजीकार द्वारा भर जाये To be filled by the Registrar	
पंजीकरण संख्या Registration No.	पंजीकरण तिथि Registration No.	नाम Name	कोड संख्या Code No.
पंजीकरण स्थिति Registration No.	जिला/ District	गौतम बुद्ध नगर Gautam Budh Nagar	मृत्यु की तिथि Date of Death
शहर/गाँव Registration No.	शहर (यदि कोई हो) Remarks, (if any)	तहसील Tehsil	लिंग Sex
पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर एवं मोहर Name and Signature of the Registrar & Stamp	शहर/गाँव Town / Village	पंजीकरण स्थिति Registration No.	1 पुरुष Male
	पंजीकरण तिथि Registration No.	पंजीकरण तिथि Registration Date	2 स्त्री Female
	पंजीकरण तिथि Registration No.	पंजीकरण तिथि Registration Date	दिन/ Days
	पंजीकरण तिथि Registration No.	पंजीकरण तिथि Registration Date	घंटे/ Hours
	पंजीकरण तिथि Registration No.	पंजीकरण तिथि Registration Date	3-अन्य स्थान/ Other Place