

આ ભાગ કાપીને ફોર્મ નં. ૧૨ માં માસિક સમરી રીપોર્ટ સાથે તાલુકા રજિસ્ટ્રારને મોકલવો.

માહિતી આપનારે ભરવું / To be filled by the informant

માહિતી આપનારે ભરવું / To be filled by the informant

૧૧. મરનારનું રહેઠાણ : (મરનાર ખરેખર જ્યાં રહેતા હોય તે કાયમી સરનામું. આ સરનામું મૃત્યુના સ્થળ કરતાં અલગ હોઈ શકે. ઘરનું સરનામું લખવું જરૂરી નથી.)

૧૬. રોગનું નામ અથવા મરણનું ખરેખર કારણ (તબીબી રીતે પ્રમાણિત થયેલ હોય કે ના થયેલ હોય તે તમામ) :

(અ) રાજ્યનું નામ :

(બ) જિલ્લાનું નામ :

(ક) તાલુકાનું નામ :

(ડ) શહેર / ગામનું નામ :

(ઈ) ટીક કરો (✓) શહેર  ગામ 

૧૨. ધર્મ : (✓ કરો)

હિન્દુ  મુસ્લીમ  ખ્રિસ્તી અન્ય  (ધર્મનું નામ લખવું.)

૧૩. મરનારનો ધંધો :

(જો કોઈ ધંધો ન કરતા હોય તો 'નીલ' લખવું.)

૧૪. મરણ પહેલા કોઈ તબીબી સારવાર મળી હોય તો તેનો પ્રકાર (✓ કરો)

૧. સંસ્થાકીય ૨. અન્ય - સંસ્થાકીય સિવાયની ૩. તબીબી સારવાર મળી નથી. 

૧૫. મરણનું કારણ તબીબી રીતે પ્રમાણિત થયેલું છે ? (✓)

(૧) હા  (૨) ના 

૧૭. જો સ્ત્રી મરણ હોય તો સદરહુ મરણ સગર્ભાવસ્થામાં પ્રસૂતિ દરમ્યાન અથવા પ્રસૂતિ બાદ ૬ અઠવાડિયામાં થયેલ છે ? (✓ કરો)

હા  ના 

૧૮. મૃતકને ધુમ્રપાન કરવાની ટેવ હોય તો કેટલા વર્ષોથી ?

૧૯. જો કોઈપણ રીતે તમાકુ ચાવવાની ટેવ હોય તો કેટલા વર્ષોથી ?

૨૦. સોપારી ખાવાની ટેવ હોય તો (પાન મસાલા સહિત) કેટલા વર્ષોથી ?

૨૧. દારૂ પીવાની ટેવ હોય તો કેટલા વર્ષોથી ?

(માહિતી ભરવાના કોલમ પૂર્ણ થયા બાદ માહિતી આપનારે ડાબી બાજુ સહી કરવી)

રજિસ્ટ્રારે ભરવું

રજિસ્ટ્રારે ભરવું

નામ :

કોડ નંબર :

નોંધણી નંબર :

નોંધણી તારીખ :

જિલ્લો :

મરણ તારીખ :

જાતિ : (પુરુષ/સ્ત્રી/અન્ય જે હોય તે સ્પષ્ટ લખવું)

તાલુકો :

ઉંમર :

વર્ષ/માસ/દિવસ/કલાક

(સ્પષ્ટ ઉંમર લખવી)

શહેર / ગામનું નામ :

મરણ સ્થળ : ૧. દવાખાનું / સંસ્થા ૨. ઘર ૩. અન્ય

નોંધણી એકમ :

રજિસ્ટ્રારનું નામ અને સહી

માહિતી આપનારે ભરવું/To be Filled by the informant

૧. મરણ તારીખ/Date of Birth : 

૨. મરનારનું પુરું નામ/Name of the deceased :

મરનારનો UID નં. (જો હોય તો)/UID No. of deceased (if any) ૩. મરનારની જાતિ/Sex (✓ કરો) : પુરુષ/Male  સ્ત્રી/Female  અન્ય/Transgender 

૪. માતાનું નામ : Name of the Mother :

માતાનો UID નં. (જો હોય તો)/UID No. of Mother (if any) 

૫. પિતાનું નામ : Name of the Father :

પિતાનો UID નં. (જો હોય તો)/UID No. of Father (if any) 

૫-અ. પતિ/પત્નીનું નામ : Name of husband/wife :

પતિ/પત્નીનો UID નં. (જો હોય તો)/UID No. of husband/wife (if any) 

૫-બ. પતિ/પત્ની ની ઉંમર : Age of husband/wife :

Contact details of husband/wife :  
ઈ-મેઈલ : મો.નં.૬. મરનારની ઉંમર/Age of the deceased  
(૧ વર્ષથી વધુ હોય તો પુરા વર્ષમાં, ૧ વર્ષથી ઓછી હોય તો પુરા મહીનામાં, ૧ મહીનાથી ઓછી હોય તો પુરા દિવસોમાં અને જો ૧ દિવસથી ઓછી હોય તો પુરા કલાકમાં લખો.)

૭. મૃત્યુ સમયે મરનારનું સરનામું : Address of the deceased at the time of death

૮. મરનારનું કાયમી રહેઠાણનું સરનામું : Permanent address of the deceased

૯. મરણનું સ્થળ (✓ કરો) ૧. દવાખાનું/સંસ્થા  ૨. ઘર  ૩. અન્ય 

(દવાખાનું/સંસ્થા/ઘર કે જ્યાં મરણો બનાવ બન્યો હોય તેની સામે ✓ કરી, તેનું સરનામું નીચે લખો. જો બનાવ અન્ય સ્થળે બન્યો હોય તો અન્ય સામે ✓ કરી તે સ્થળનું નામ લખો.)

નામ : Name :

સરનામું : Address :

૧૦. માહિતી આપનારનું નામ : મરનાર સાથે સંબંધ :

માહિતી આપનારનો UID નં. (જો હોય તો)/UID No. of informant (if any) 

સરનામું : Address :

ઈ-મેઈલ : મો.નં.

તારીખ :

માહિતી આપનારની સહી અથવા

ડાબા અંગૂઠાનું નિશાન

(કોલમ ૧ થી ૨૧ બધા જ પૂર્વ ભયા બાદ, માહિતી આપનારે અહીં તારીખ લખી સહી કરવી.)

Declaration : To the best of my knowledge and information, the details of Adhaar of deceased is not available.

રજિસ્ટ્રારે ભરવું

નોંધણી નંબર :

નોંધણી તારીખ :

શહેર / ગામનું નામ :

જિલ્લો :

રિમાર્ક્સ (જો હોય તો)

રજિસ્ટ્રારનું નામ અને સહી