

# जन्म/मृत्यु प्रमाण-पत्र हेतु आवेदन पत्र

सेवा में,

अपर जिला रजिस्ट्रार (जन्म/मृत्यु) ग्रामीण-सह-प्रखण्ड विकास पदाधिकारी,  
रजिस्ट्रार (जन्म/मृत्यु)-सह-प्रखण्ड सांख्यिकी पदाधिकारी,  
प्रखण्ड-....., जिला- रोहतास

विषय:-  
महाशय,

जन्म/मृत्यु प्रमाण-पत्र के संबंध में।

मुझे अपने .....के नाम जन्म/मृत्यु प्रमाण-पत्र चाहिए, जिसका विवरण निम्न

प्रकार है :-

1. शिशु/मृतक का नाम (हिन्दी में):- .....
2. शिशु/मृतक का नाम (अंग्रेजी में):- .....
3. आधार संख्या (यदि कोई हो):-
4. जन्म/मृत्यु कि तिथि:-
5. जन्म/मृत्यु का स्थान :- ..... पंचायत- ..... वार्ड सं०- .....
6. प्रखण्ड:- ..... जिला- ..... राज्य- .....
7. पिन कोड :-
8. पिता/पति का नाम (हिन्दी में) :- .....
9. पिता/पति का नाम (अंग्रेजी में) :- .....
10. आधार संख्या (यदि कोई हो) :-
11. लिंग :- ..... 13. धर्म :- ..... 14. जाति :- ..... 15. उम्र :- .....
16. अस्थायी पता :-  
राजस्व ग्राम :- ..... पंचायत- ..... वार्ड सं०- .....
7. प्रखण्ड :- ..... जिला- ..... राज्य- .....
8. पिन कोड :-
17. स्थायी पता :-  
राजस्व ग्राम :- ..... पंचायत- ..... वार्ड सं०- .....
9. प्रखण्ड :- ..... जिला- ..... राज्य- .....
0. पिन कोड :-
18. शपथ-पत्र संख्या :- ..... दिनांक- .....
19. सूचक का नाम :- .....
20. पता :- .....
20. आधार संख्या (यदि कोई हो) :-

उपरोक्त सभी सूचनाएँ सत्य व सही है। पूर्व में किसी निबंधन इकाई द्वारा शिशु का जन्म प्रमाण पत्र/मृत्यु प्रमाण पत्र निर्गत नहीं कराया गया है। जाँचोपरान्त सूचनाएँ असत्य पाये जाने पर विधि सम्मत कारवाई का भाग्य बर्नूंगा/बर्नूगी। अतः श्रीमान् से प्रार्थना है कि जन्म/मृत्यु अधिनियम 1969 की धारा 13 (3) के अंतर्गत जन्म/मृत्यु प्रमाण-पत्र करने की कृपा की जाए।

मोबाईल नं० :-

आपका विश्वासी

## जन्म/मृत्यु क्षेत्र के अधिसूचक का जाँच प्रतिवेदन

आवेदक/आवेदिका का नाम .....  
के द्वारा समर्पित आवेदन पत्र के आलोक में यह प्रमाणित किया जाता है कि (शिशु/मृतक का नाम)  
..... पति/पिता ..... का  
(जन्म/मृत्यु), दिनांक ..... को वार्ड नं० ..... ग्राम/मुहल्ला .....  
..... पोस्ट ..... पंचायत ..... थाना .....  
..... प्रखण्ड/नगर निकाय ..... में हुआ है।  
उपरोक्त दी गयी सभी सूचनाएँ मेरी जानकारी में सत्य व सही हैं।

क्र० सं०	गवाह का नाम	पिता/पति का नाम	आधार सं०	पता	हस्ताक्षर/अंगूठा का निशान
1					
2					
3					

**\*\*नोट:-** सभी गवाह जन्म/मृत्यु की तिथि तक वयस्क होना चाहिए। सभी गवाहों का हस्ताक्षरित आधार कार्ड की छायाप्रति संलग्न करें।

स्थलीय जाँच के क्रम में उपस्थित गवाहों का बयान और हस्ताक्षर मेरे समक्ष लिया गया। आवेदक तथा सभी गवाहों के हस्ताक्षर/अंगूठा का निशान का सत्यापन किया जाता है। शिशु/मृतक ..... का जन्म/मृत्यु मेरे अधिसूचित क्षेत्र ..... में दिनांक ..... को हुआ है। अतः जन्म/मृत्यु निबंधन हेतु अनुशंसा किया जाता है।

आवेदक के हस्ताक्षर/अंगूठा का निशान का सत्यापन

आँगनवाड़ी सेविका  
अधिसूचक (जन्म/मृत्यु)  
नाम एवं मुहर

चौकीदार  
अधिसूचक (जन्म/मृत्यु)  
नाम एवं मुहर

पंचायत सचिव  
अधिसूचक (जन्म/मृत्यु)  
नाम एवं मुहर

## अधिसूचक का सत्यापन प्रतिवेदन

प्रमाणित किया जाता है कि (शिशु/मृतक).....

पिता/पति ..... ग्राम .....

पोस्ट ..... पंचायत ..... प्रखण्ड .....

जिला ..... का जन्म/मृत्यु मेरे अधिसूचित क्षेत्र में दिनांक .....

..... को ग्राम ..... में हुआ है।

इस घटना की मैं पुष्टि करता/करती हूँ।

वार्ड सदस्य/मुखिया/सरपंच

अधिसूचक (जन्म/मृत्यु)

नाम एवं मुहर

क्रम	विवरण	हिन्दी में	In English
		विधिक सूचना (सूचक द्वारा भरने हेतु)	
1	शिशु के जन्म की वास्तविक तारीख		
2	लिंग (पुरुष या स्त्री या किन्नर)	पुरुष / स्त्री / किन्नर	Male/Female/Transgender
3	शिशु का नाम, अगर कोई हो		
4	क-पिता का नाम		
	ख-पिता का आधार नम्बर		
5	क-माता का नाम		
	ख-माता का आधार नम्बर		
6	बच्चे के जन्म के समय माता-पिता का पता		
7	माता-पिता का स्थायी पता		
8	शिशु का जन्म स्थान, 1.अस्पताल/संस्थान.... पता:-..... 2.घर:-..... पता:		
9	सूचक का नाम एवं पता (पिता के नाम सहित)		
		सांख्यिकीय सूचना (सूचक द्वारा भरने हेतु)	
10	माता का निवास स्थान (शहर या ग्रामीण)		
	क-शहर/ग्राम का नाम		
	ख-जिला का नाम		
	ग-राज्य का नाम		
11	परिवार का धर्म (1. हिन्दू 2. मुस्लिम 3. ईसाई 4. अन्य-धर्म का नाम अंकित करें)	1. हिन्दू 2. मुस्लिम 3. ईसाई 4. अन्य-धर्म का नाम अंकित करें.....	
12	पिता के शिक्षा का पूर्ण स्तर		
13	माता के शिक्षा का पूर्ण स्तर		
14	पिता का व्यवसाय (यदि व्यवसाय नहीं है तो शून्य लिखें)		
15	माता का व्यवसाय (यदि व्यवसाय नहीं है तो शून्य लिखें)		
16	शादी के समय माता का उम्र (पूरे वर्षों में-प्रथम विवाह के समय का उम्र)		
17	इस प्रसव के समय माता का उम्र (पूरे वर्षों में)		
18	इस शिशु सहित माता द्वारा कुल जीवित जन्मों की संख्या (पूर्व के विवाह द्वारा जिवित जन्मों की संख्या सहित, यदि कोई हो)		
19	प्रसव के समय परिचर्या का प्रकार - 1. संस्थागत-सरकारी 2. संस्थागत-निजी या गैर सरकारी 3.चिकित्सक, नर्स या प्रशिक्षित दायी 4. परंपरागत प्रसाविका 5. संबंधी या अन्य		
20	प्रसव की विधि- 1.प्रकृतिक 2. शल्य क्रिया 3. थिमटी (यांत्रिक निष्कर्षण/ निर्वात मार्जक द्वारा)		
21	जन्म के समय शिशु का वजन (किलो ग्राम में)		
22	गर्भाधान की अवधि (सप्ताह में)		
23	आवेदक का शिशु के साथ संबंध		

विश्वासभाजन

सूचक का नाम एवं पूर्ण हस्ताक्षर तिथि सहित  
मोबाईल नं०:-

रजिस्ट्रार द्वारा भरने हेतु

1.रजिस्ट्रीकरण संख्या:-

2.रजिस्ट्रीकरण की तारीख:-

3.रजिस्ट्रीकरण इकाई का नाम:-

रजिस्ट्रार का हस्ताक्षर

क्र०	विवरण	हिन्दी में	अंग्रेजी में
<b>विधिक सूचना</b>			
1	मृत्यु की वास्तविक तारीख		
2	क-मृतक का नाम		
	ख-मृतक का आधार		
3	मृतक का लिंग-	पुरुष / स्त्री / किन्नर	Male/ Female/ Transgender
4	मृतक के माता का नाम		
	माता का आधार		
5	पिता का नाम		
	पिता का आधार नम्बर		
6	पति/पत्नी का नाम		
	पति/पत्नी का आधार नम्बर		
7	मृतक का वास्तविक उम्र		
8	मृतक का स्थायी पता		
9	मृत्यु का स्थान एवं पता- 1. अस्पताल/संस्थान 2. घर, 3. अन्य		
10	सूचक का नाम एवं पता (पिता के नाम सहित)		
<b>सांख्यिकीय सूचना</b>			
11	मृतक निवास स्थान- शहर/ ग्राम पता:		
12	धर्म	1.हिन्दू 2. मुस्लिम 3. इसाई 4. अन्य (नाम लिखें).....	
13	मृतक का व्यवसाय (अगर व्यवसाय नहीं है तो शून्य लिखें)		
14	मृत्यु के पूर्व चिकित्सा सहायता का प्रकार	1.संस्थागत 2.संस्थान से अलग सहायता 3. कोई चिकित्सा सहायता नहीं	
15	क्या मृत्यु के कारण का चिकित्सीय प्रमाणीकरण हुआ था (यदि हाँ तो चिकित्सीय प्रमाण-पत्र की मूल प्रति संलग्न करें)	(क) हाँ Yes	(ख) नहीं No
16	रोग का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण		
17	स्त्री की मृत्यु की दशा में, क्या मृत्यु गर्भावस्था, प्रसव के समय या गर्भ समाप्ति के छः सप्ताह के अंदर हुई।	(क) हाँ Yes	(ख) नहीं No
18	मृतक यदि धूम्रपान के आदी थे, तो कितने वर्षों से		
19	मृतक किसी रूप से तम्बाकू (खैनी, सूरती) खाने के आदी थे, तो कितने वर्षों से		
20	यदि किसी रूप से सुपारी (कसैली) खाने के आदि थे (पान मसाला सहित) तो कितने वर्षों से		
21	यदि मद्यपान करने के आदी थे, तो कितने वर्षों से		
22	आवेदक का मृतक के साथ संबंध		

विश्वासभाजन

सूचक का नाम एवं पूर्ण हस्ताक्षर तिथि सहित  
मोबाईल नं०:-

रजिस्ट्रार द्वारा भरने हेतु  
1.रजिस्ट्रीकरण संख्या:-  
2.रजिस्ट्रीकरण की तारीख:-  
3.रजिस्ट्रीकरण इकाई का नाम:-  
रजिस्ट्रार का हस्ताक्षर