



कुळगांव बदलापूर नगरपरिषद नागरी सुविधा केंद्र

दिनांक :	/ /	माहिती असल्यास नोंदणी क्र.	
विषय	मृत्यु प्रमाणपत्र मिळणेबाबत		

अर्जदाराचा तपशिल

आडनांव	नाव	वडील / पतीचे नाव

उपरोक्त अर्जासंबंधीचा तपशिल (M) Marathi (मराठी) (E) English (इंग्रजी)

शिर्षक	माहिती		
१ मृत्यु दिनांक	दिनांक	महिना	वर्ष
२ मृत व्यक्तीचे नांव	आडनांव	नांव	वडील / पतीचे नांव
	मराठी (M)		
	इंग्रजी (E)		
३ मृत व्यक्तीचा आधार क्र.			
	/ / /	भ्रमणध्वनी क्र.	
४ मृत व्यक्तीचे आईचे नाव	आडनांव	नांव	वडील / पतीचे नांव
	मराठी (M)		
	इंग्रजी (E)		
५ मृत व्यक्तीच्या वडीलांचे नाव	आडनांव	नांव	वडील / पतीचे नांव
	मराठी (M)		
	इंग्रजी (E)		
६ मृत व्यक्तीच्या पतीचे/पत्नीचे नाव	आडनांव	नांव	वडील / पतीचे नांव
	मराठी (M)		
	इंग्रजी (E)		
७ मृत व्यक्तीचे लिंग	[] पुरुष	[] स्त्री	
८ मृत्यूचे ठिकाण	[] हॉस्पिटल	[] घर	[] इतर
९ मयत व्यक्तीचा मृत्यु समयीचा पत्ता	पत्ता (M)		
	Address (E) :		
१० दाखल्याच्या आवश्यक असलेल्या प्रतीची संख्या :			

सदर फॉर्म मराठी व इंग्रजी या दोन्ही भाषेत भरणे जरूरी आहे.

अ. क्र.		होय / नाही
१	एकवीस दिवसांनंतर ते एका वर्षाच्या आत असल्यास सत्यप्रतिज्ञा प्रत्राची मुळ प्रत	[]
२	एका वर्षाच्या नंतर असल्यास प्रथम वर्ग न्यायालयाचा (कोर्ट) आदेश	[]

अर्जदाराची सही

सर्वसाधारण नियम / अटी

- १) मृत्यू दाखल्या संदर्भात
- अ) वरील प्रमाणे फक्त मृत्यू दाखले असा शब्द बदलला व पूर्ण वाक्य वरील प्रमाणे वाचावे.
- आ) डॉक्टरांनी दिलेले मृत्यू कारण दाखल्या प्रमाणे मृत्यू नोंदी होतात. सबब त्यानुसारच दाखले देण्यात येतील व त्या नोंदी ही त्यानुसारच होतील. नावांतील चुका टाळण्यासाठी मृत व्यक्तीच्या वारसांनी दक्षता घ्यावी.
- इ) मृत व्यक्तीच्या नावांत किंवा माहितीत काही बदल/दुरुस्ती असल्यास आकार फी परत भरावी लागेल.
- ई) हा अर्ज तीन महिने वैध राहिल.
- उ) मृत्यूची नोंद मृत्यू झाल्याच्या ठिकाणी होते. दाखलाही तेथूनच मिळेल. हद्दीबाहेर मृत्यू झाल्यास अंत्यसंस्कार कु.ब.न.प. हद्दीत झाल्यास अंत्यसंस्काराचा उतारा दिला जाईल.
- २) सर्वसाधारण (जन्म मृत्यू दाखल्यासाठी)
- अ) जन्म मृत्यू जेथे झाला असेल तेथून दाखले मिळतात.
- आ) जन्म / मृत्यू ज्या गावी झाला त्याच गावांत दाखले मिळतात.
(घरी जन्मासंबंधित माहिती.)
- अ) प्रसूती पूर्व तपासणी सरकारी किंवा प्राईव्हेट हॉस्पिटलमध्ये नाव दाखल केल्याचे पेपर.
- इ) रेशनींग कार्ड झेरॉक्स / आई-वडीलांची नावे आवश्यक.
- ई) आई / वडीलांच्या वास्तव्यांचा पुरावा / टॅक्स पावती किंवा भाडे करार.
- उ) आपल्या विभागातील मा. नगरसेवकाचे पत्र घरी जन्मा बाबत.
(विहित मुदतीनंतर नोंद करावयाची असल्यास)
- अ) एका वर्षानंतर जन्म/मृत्यूच्या नोंदी नगरपालिकेस घेता येत नाहीत. त्यासाठी मा. तहसिलदार यांचे कार्यालयातून “कोर्ट ऑर्डर” आणावी लागते. त्यासाठी योग्य आकार घेऊन पत्र कु.ब.न.प. देते. त्यासाठी रेशनकार्ड, निवासाचा पुरावा सादर करावा.
- आ) या कार्यालयातून दिलेले जन्म / मृत्यू नादेणी कायदा १९४९ व महाराष्ट्र ज.मृ. नोंदणी अधिनियम १९७६ यांस आधिन राहून देण्यात येतात.
- इ) वरील सर्व माहिती मी वाचली असून त्यास अनुसरून हा अर्ज सादर करीत आहे.

नांव _____

सही _____

अर्जदार

FORM NO. 4A

(See Rule 7)

(MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH)

(For non-institutional deaths. Not to be used for still births)
To be sent to the registrar along with the form No. 2 (Death Report)

I hereby certify that the deceased Shri./Smt./Km. _____ son of / wife of / daughter of
resident of _____ was under my
treatment from _____ to _____ and he/she died on _____ at _____

A.M./P.M.

NAME OF DECEASED				For use of Statistical at Office
Sex	Age of Death			
3. Male 4. Female	If 1 year or more, age in years	If less than 1 year, age in months	If less than 1 month, age in days	If less than One day, age in hours
CAUSE OF DEATH				Interval between on set & Death approx.
I, Immediate Cause State the disease, injury or complication which caused death, not the mode of dying such as heart failure, asthenia, etc.		(a) _____ Due to (or as a consequences of)		
Antecedent Cause Morbid conditions if any, giving rise to the above Cause, Stating underlying conditions last.		(b) _____ Due to (or as a consequences of)		
II. Other significant conditions contributing to the death but not related to the disease or conditions causing it.		(c) _____ _____ _____		

If deceased was a female, was the death associated with pregnancy ? 1. Yes 2. No.

If yes, was there a delivery ? 1. Yes 2. No.

Name & Signature of the Medical Practitioner Certifying the cause of death

Date of Certification _____

SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS

(To be detached and handed over to the relative of the deceased)

Certified that Shri./Smt./Kum. _____ S / W / D of
Shri. _____ R / O _____ was under my treatment
from _____ to _____ and he/she expired on _____
at _____ A.M./P.M.

Doctor _____
(Medical Supdt.
Name of the Hospital)

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

Directions for completing the form

Name of the deceased : To be given in full. Do not use initials. If deceased is an infant not yet named at the time of death write 'Son of (S/O or Daughter of D/O) followed by names of mother and Father.

Age : 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 month give age in completed number of days and if below 1 day, in hours.

Cause of Death : This part of the form should always be completed by the attending physician personally.

The certificate of cause of death is divided into two parts. I & II. Part I is again divided into three parts line (a) (b) (c). If a single morbid condition completely explains the death, then this will be written on line (a) of part I. and nothing more need be written in the rest of part I or Part II, for example small pox, lobar pneumonia, cardiac beriberi are sufficient cause of death and usually nothing more is needed.

Often however, a number of morbid conditions will have been present at death, and the doctor must then complete the certificate in the proper manner so that the correct underlying cause will be tabulated. First, enter in part (I) (a) the immediate cause of death. This does not mean the mode of dying e.g. heart failure, respiratory failure etc. these terms should not appear on the certificate at all since they are modes of dying and not cause of death. Next consider whether the immediate cause is a complication or delayed result of some other cause. If so enter the antecedent cause in Part (I) line, (b). Sometimes there will be three 'stages' in the cause of events leading to death. If so, line (c) will be completed. The underlying cause to be tabulated is always written last in Part (I).

Morbid conditions or injuries may be present which were not directly related to the chain of events causing death but which contributed in some way to the total outcome. Sometimes the doctor finds it difficult to decide, especially for infant deaths, which of several independent conditions was the primary cause of death, but only one cause can be tabulated, so the doctor must decide. If other diseases are not effects of the underlying cause, they are entered in Part II.

Do not write two or more conditions on a single line. Please write the names of the diseases (in full) in the certificate as legible as possible to avoid the risk of their being misread.

Onset : Complete the column for interval between onset and death whenever possible, even if very approximately e.g. from birth "several years."

Accidental or violent death : Both the external cause and the nature of the injury are needed and should be stated. The Doctor or Hospital should be able to describe the injury, stating part of the body injured and should always give the external cause in full when this is shown. Example : (a) Hypostasis pneumonia; (b) fracture of neck of femur (c) fall from ladder at home.

Maternal Death : Be sure to answer the questions on pregnancy and delivery. This information is needed for all women of child-bearing age. even though the pregnancy may have had nothing to do with the death.

Old age senility : Old age (or senility) should be not given as cause of death if a more specific cause is known. if old age was a contributory factor it should be entered in Part II. Example: (a) chronic bronchitis, it old age.

Completeness of information : A complete case history is not wanted, but if information is available enough details should be given to enable the underlying cause to be properly classified.

Example : Anaemia - Give types of anaemia, if known. Neoplasms - indicate whether benign or malignant, and site with site of primary neoplasm whenever possible. Heart disease - Describe the condition specifically, if congestive heart failure, chronic or pulmonates etc. are mentioned, give the antecedent conditions. Tetanus - Decently - specify whether bacillar, amoebic etc., if known. Complication of pregnancy or delivery - Describe the complication specifically. tuberculosis - Give organs affected.

Symptomatic Statement : Convulsions, diarrhea, fever, ascites, jaundice, debility etc. are symptoms which may be due to any one of a number of different conditions. sometimes nothing more is known, but whenever possible, give the disease which caused the symptoms.



KULGAON BADLAPUR MUNICIPAL COUNCIL

Public Health Department

No. _____

FORM NO. 4

(See Rule 7 of the Maharashtra Registration of Birth and Deaths - Rules 2000)

(MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH)

Hospital Patients, Not to be used for still births
To be sent to Register along with Form No. 2 (Death Report)

Name of the Hospital _____

certify that the person whose particulars are given below died in the hospital in Ward

No. _____ on _____ at _____ a.m./p.m.

NAME OF DECEASED				For use of Statistical Office
Sex	Age of Death			
	If 1 year or more, age in years	If less than 1 year, age in months	If less than 1 month, age in days	If less than one day, age in Hours
1. Male 2. Female				
CAUSE OF DEATH				Interval between on set & Death approx.
I. Immediate Cause State the disease, injury or complication which caused death, not the mode of dying such as heart failure, asthenia, etc.	(a) _____ Due to (or as a consequences of)			
Antecedent Cause Morbid conditions if any, giving rise to the above Cause, Stating underlying conditions last.	(b) _____ Due to (or as a consequences of)			
II. Other significant conditions contributing to the death but not related to the disease or conditions causing it.	(c) _____			

How did the injury occur?

Manner of Death

1. Natural 2. Accident 3. Suicide
4. Homicide 5. Pending Investigation

If deceased was a female, was the death associated with pregnancy ? 1. Yes 2. No.

If yes, was there a delivery ? 1. Yes 2. No.

Name & Signature of the Medical Attendent Certifying the cause of death

Date of Certification _____

SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS

(To be detached and handed over to the relative of the deceased)

Certified that Shri./Smt./Kum. _____ S / W / D of

Shri. _____ R / O _____ Was admitted to this hospital

on _____ and expired on _____

Doctor _____

(Medical Supdt.

Name of the Hospital)

Pledge for the Eye Donation (Next of the kin of the deceased)

I, _____ Son/Daughter of
_____ am willing / not willing to donate
the eyes/corneas of my _____ lose relative.

जवळच्या नातेवाईकांचे नेत्रदानाबाबत संमतीपत्र

मी _____ वय _____ वर्ष _____

राहणार _____ जिल्हा _____

मयत व्यक्तीच्या _____ (मुलगा/मुलगी/

पती/पत्नी/व इतर नातेसंबंध) माझ्या _____

नेत्रदान करण्यास संमती देत आहे/संमती देत आहे.

Signature & Name

Next of the kin of the deceased (relative)

सही/-

मृत्यु अहवाल

(नियम क्रमांक ५ पहावे)

हा भाग मृत्यु नोंदवही म्हणून जतन करावा.

माहिती देणाऱ्याने खालील रकाने भरावेत.

- १) मृत्युचा दिनांक
(मृत्युचा अचूक दिवस, महिना व वर्ष भरावे. उदा. १/१/२०००)
- २) अ) मृताचे संपूर्ण नांव
ब) मृताच्या वडिलांचे/पतीचे नांव व कायमचा पत्ता
- क) मृताच्या आईचे नांव व कायमचा पत्ता
- ३) मृत व्यक्तीचे लिंग (पुरुष अथवा स्त्री असे लिहावे.)
- ४) मृत व्यक्तीचे वय
(जर मृत व्यक्ती १ वर्षापेक्षा जास्त वयाची असेल तर वय पुर्ण वर्षात लिहावे. जर वय १ वर्षापेक्षा कमी वय असेल तर महिन्यांमध्ये वय लिहावे. जर वय १ महिन्यांपेक्षा कमी असेल तर वय दिवसांत लिहावे व एका दिवसांपेक्षा कमी असेल तर वय तासात लिहावे)
- ५) मृत्युचे ठिकाण
(खाली नमूद केलेल्या अ, ब किंवा क पैकी एका मध्ये संपुर्ण माहिती भरण्यात यावी.)
उदा. हॉस्पिटल/ घर/ जेथे मृत्यू झाला असेल ते ठिकाण.
- अ) रुग्णालय/ संस्था
नांव व पत्ता
- ब) घर (घराचा टपालाचा पत्ता).....
- क) इतर
- ६) माहिती देणाऱ्याचे नांव व पत्ता

दिनांक

माहिती देणाऱ्याची सही/अंगठा

निबंधकाने भरावयाची माहिती

नोंदणी क्रमांक नोंदणी दिनांक

नोंदणी संस्थेचे नांव : कु. ब. न. प.

गाव/शहर कुळगांव-बदलापूर जिल्हा : ठाणे

शेरा

निबंधकाचे नांव, सही व शिक्का

मृत्यु अहवाल

सांख्यिकी माहिती

या भागांची माहिती कापून पुढील संकलनासाठी पं.स./न.पा./म.न.पा./कॅ. बोर्डाकडे पाठविण्यात यावी.

माहिती देणाऱ्याने खालील रकाने भरावेत.

- ७) मृत व्यक्तीचे नेहमीचे राहण्याचे ठिकाण
(हे ठिकाण मृत्यूच्या ठिकाणापेक्षा वेगळे असू शकेल)
- अ) गांव/शहराचे नांव.....
- ब) गाव आहे का शहर आहे
१) गाव २) शहर
- क) तालुक्याचे नांव.....
- ड) जिल्ह्याचे नांव.....
- इ) राज्याचे नांव.....
- ८) कुटूंबाचा धर्म*:
१) हिंदू २) मुस्लीम ३) ख्रिश्चन
- ४) इतर धर्म.....
(धर्माचे नाव लिहावे.)
- ९) मृत व्यक्तीचा व्यवसाय/नोकरी.....
(जर नसेल तर निरंक लिहावे.)
- १०) मृत्युपूर्वी घेतलेल्या वैद्यकीय सेवेचा प्रकार*:
१) वैद्यकीय संस्था
- २) या व्यतिरिक्त इतर वैद्यकीय सेवा
- ३) वैद्यकीय सेवा मिळाली नाही.

- ११) मृत्यूचे कारण वैद्यकीयदृष्ट्या प्रमाणित आहे का ?
अ) आहे. ब) नाही
- १२) रोगाचे नाव किंवा मृत्यूचे नेमके कारण
.....
वैद्यकीयदृष्ट्या प्रमाणित आहे कींवा नाही याच्याशी संबंधित नाही.)
- १३) मृत व्यक्ती स्त्री असेल व मृत्यु गरोदरपणी, प्रसुतीच्यावेळी किंवा प्रसुतीनंतर ६ आठवड्यात झाला तरच रकान्यात माहिती भरावी.
- १४) सिगारेट, विडी किंवा तत्सम पदार्थाचे व्यसन होते का ?
असल्यास किती वर्षे
- १५) तंबाखू खाण्याचे व्यसन होते का ?
असल्यास किती वर्षे
- १६) सुपारी किंवा पान मसाला खाण्याचे व्यसन होते का ?
असल्यास किती वर्षे
- १७) दारु किंवा तत्सम उत्तेजक पदार्थाचे व्यसन होते का ?
असल्यास किती वर्षे

(नमुद रकाने पुर्ण भरून झाल्यावर डावीकडील स्तंभात माहिती देणाऱ्याने सही करावी.)

निबंधकाने भरावयाची माहिती

ठिकाण	नांव	कोड नं (जनगणना)
जिल्हा	ठाणे	२१
तालुका	अंबरनाथ	१४
गांव / शहर	कुळगांव	XXXVI (३६)
नोंदणी संस्था	कु.ब.न.पा.	

नोंदणी क्रमांक नोंदणी दिनांक

मृत्यूचा दिनांक मृताचे वय

लिंग* - १) पुरुष २) स्त्री

मृत्यूचे ठिकाण* : अ) हॉस्पिटल ब) घर

क) इतर

निबंधकाचे नांव, सही व शिक्का

टिप : * योग्य त्या चौकोनात ✓ खूण करावी.