

प्रपत्र संख्या 2 (मृत्यु रिपोर्ट)  
(नियम 5 देखिए)



रजिस्ट्रार / उपरजिस्ट्रार

नगर निगम / नगर निकाय / ग्राम पंचायत.....  
(जहां घटना घटित हुई हो)

पंजीयन का रेफरेंस नम्बर.....  
(‘पहचान’ वेबपोर्टल से सृजित)

(सूचनादाता द्वारा भरा जाना है)

1. मृत्यु की तारीख

D	D			M	M			Y	Y	Y	Y
---	---	--	--	---	---	--	--	---	---	---	---

2. मृतक का विवरण:

(क) नाम: (हिन्दी में)

(अंग्रेजी में) बड़े अक्षरों में

(ख) आधार नम्बर (यदि उपलब्ध हो):

(ग) जन्म की तारीख:

(घ) आयु:

प्रथम नाम	मध्यम नाम	उप नाम
First Name	Middle Name	Last Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D	D			M	M			Y	Y	Y	Y
---	---	--	--	---	---	--	--	---	---	---	---

वर्ष.....माह.....दिन.....

3. लिंग : (✓ का निशान लगायें)

पुरुष		स्त्री		ट्रान्सजेण्डर	
-------	--	--------	--	---------------	--

4. माता का विवरण:

(क) माता का नाम (हिन्दी में)

(अंग्रेजी में) बड़े अक्षरों में

(ख) आधार नम्बर, (यदि उपलब्ध हो):

(ग) मोबाइल नम्बर

(घ) ई-मेल

प्रथम नाम	मध्यम नाम	उप नाम
First Name	Middle Name	Last Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. पिता का विवरण:

(क) पिता का नाम (हिन्दी में)

(अंग्रेजी में) बड़े अक्षरों में

(ख) आधार नम्बर, (यदि उपलब्ध हो):

(ग) मोबाइल नम्बर

(घ) ई-मेल

प्रथम नाम	मध्यम नाम	उप नाम
First Name	Middle Name	Last Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. जीवनसाथी (पति / पत्नी) का विवरण:

(क) नाम (हिन्दी में)

(अंग्रेजी में) बड़े अक्षरों में

(ख) आधार नम्बर, (यदि उपलब्ध हो):

(ग) जन्म की तारीख:

(घ) आयु: (पूर्ण वर्ष में)

(ङ) मोबाइल नम्बर

(च) ई-मेल

(छ) परिवार का जन आधार कार्ड संख्या (यदि हो)

प्रथम नाम	मध्यम नाम	उप नाम
First Name	Middle Name	Last Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D	D			M	M			Y	Y	Y	Y
---	---	--	--	---	---	--	--	---	---	---	---

--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. मृत्यु के समय मृतक का पता:

वार्ड संख्या (शहर के मामले में यदि उपलब्ध हो).....

राज्य / केन्द्र शासित प्रदेश.....

(अंग्रेजी में) बड़े अक्षरों में

Ward No. (In case of town & if available).....

State/Union Territory.....

मकान संख्या.....मोहल्ला.....

शहर / गाँव.....उप-खण्ड.....जिला.....

पिन कोड: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

House No. ....Locality.....

Town/Village.....Sub-district.....District.....

PIN Code: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

8. मृतक का स्थायी पता:

वार्ड संख्या (शहर के मामले में यदि उपलब्ध हो).....

राज्य / केन्द्र शासित प्रदेश.....

(अंग्रेजी में) बड़े अक्षरों में

Ward No. (In case of town & if available).....

State/Union Territory.....

मकान संख्या.....मोहल्ला.....

शहर / गाँव.....उप-खण्ड.....जिला.....

पिन कोड: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

House No. ....Locality.....

Town/Village.....Sub-district.....District.....

PIN Code: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

9. मृत्यु का स्थान: (उपयुक्त प्रविष्टि 1 या 2 या 3 पर  का निशान लगायें और नीचे अस्पताल / संस्थान का नाम और पता या घर या अन्य स्थान का पता जहां मृतक की मृत्यु हुई है लिखें)

1. अस्पताल / संस्थान का नाम एवं पता .....

2. घर 3. अन्य स्थान (पता) : मकान संख्या.....मोहल्ला.....

वार्ड संख्या (शहर के मामले में यदि उपलब्ध हो).....शहर / गाँव.....उप-खण्ड.....जिला.....

राज्य / केन्द्र शासित प्रदेश.....पिन कोड: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

10. सूचनादाता का विवरण:

(क) नाम

(ख) आधार नम्बर, (यदि उपलब्ध हो):

(ग) मोबाइल नम्बर

(घ) ई-मेल

(ङ) परिवार का जन आधार कार्ड संख्या (यदि हो)

(छ) पता:

प्रथम नाम	मध्यम नाम	उप नाम

मकान संख्या..... मोहल्ला.....

वार्ड संख्या (शहर के मामले में यदि उपलब्ध हो)..... शहर/गाँव..... उप-खण्ड..... जिला.....

राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश..... पिन कोड: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

11. मृतक का निवास स्थान शहर एवं गाँव : (स्थान जहाँ मृतक वास्तव में रहता था, यह उस स्थान से अलग हो सकता है जहाँ उसकी मृत्यु हुई है। उपयुक्त प्रविष्टि पर  का निशान लगायें और 'शहर' या 'गाँव' का नाम लिखें)

शहर/गाँव..... उप-खण्ड..... जिला.....

राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश..... पिन कोड: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

12. धर्म : [उचित धर्म दर्ज करें हिन्दु या मुस्लिम या ईसाई या सिख या बौद्ध या जैन या अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें)].....

13. मृतक का व्यवसाय: .....

14. मृत्यु से पूर्व प्रदान किया गया चिकित्सीय उपचार: (निम्न प्रविष्टियों में से समुचित पर  का निशान लगायें)

(1) संस्थान

(2) संस्थान के अतिरिक्त अन्य चिकित्सा उपचार

(3) कोई चिकित्सीय उपचार नहीं किया गया।

15. क्या मृत्यु का कारण चिकित्सीय रूप से प्रमाणित है? (नीचे दी गई प्रविष्टियों में से समुचित पर  का निशान लगायें)

(1) हाँ

(2) नहीं

16. बीमारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण: (किसी भी प्रकार से हुई मृत्यु के मामले में चिकित्सकीय रूप से प्रमाणित या अप्रमाणित का विचार किए बिना) .....

17. यदि मृतक स्त्री है, क्या मृत्यु गर्भवती रहने के दौरान, प्रसव के समय या गर्भावस्था के पश्चात् 6 सप्ताह के भीतर हुई है: (नीचे प्रविष्टियों में से समुचित पर  का निशान लगायें)

(1) हाँ

(2) नहीं

18. क्या मृतक धूम्रपान का आदी था, यदि हाँ तो कितने वर्षों से? [ ] [ ]

19. क्या किसी भी रूप में तम्बाकू खाने का आदी था, यदि हाँ तो कितने वर्षों से? [ ] [ ]

20. क्या किसी भी रूप में सुपारी (पान मसाला सम्मिलित करते हुए) खाने का आदी था, यदि हाँ तो कितने वर्षों से? [ ] [ ]

21. क्या मदिरापान का आदी था, यदि हाँ तो कितने वर्षों से? [ ] [ ]

### घोषणा

मैंने अपनी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सही जानकारी प्रदान की है। मैं गलत जानकारी प्रस्तुत करने के लिए जन्म और मृत्यु पंजीकरण (संशोधन) अधिनियम, 2023 की धारा 23 के तहत दंड के बारे में जानता हूँ। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से पहचान प्रमाणित करने के लिए आधार (वित्तीय और अन्य सब्सिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित परिदान) अधिनियम, 2016 के तहत सहमति देता हूँ।

मैं अपनी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के साथ यह घोषणा करता हूँ कि मृतक का आधार उपलब्ध नहीं है।

(सभी कॉलम 1 से 21 तक पूरा करने के बाद, सूचनादाता हस्ताक्षर मय तारीख करेगा)

दिनांक: [ D ] [ D ] [ M ] [ M ] [ Y ] [ Y ] [ Y ] [ Y ]

सूचनादाता के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी (बाएं हाथ का)

### कार्यालय उपयोग हेतु (रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है)

जिला	नाम	कोड नम्बर
उप-खण्ड/ब्लॉक		
शहर/गाँव		

रजिस्ट्रीकरण इकाई.....

रजिस्ट्रीकरण संख्या.....

रजिस्ट्रीकरण की तारीख [ D ] [ D ] [ M ] [ M ] [ Y ] [ Y ] [ Y ] [ Y ]

मृत्यु की तारीख [ D ] [ D ] [ M ] [ M ] [ Y ] [ Y ] [ Y ] [ Y ]

लिंग: पुरुष/स्त्री/ट्रांसजेण्डर

मृतक की आयु [ ] [ ] [ ]

मृत्यु का स्थान: 1. अस्पताल/संस्थागत 2. घर 3. अन्य स्थान

टिप्पणी (यदि कोई हो) :- .....

मृत्यु का कारण (फॉर्म 4/4A के अनुसार) .....

रजिस्ट्रार/उपरजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर

हमारा लक्ष्य - जन्म हो या मरण, शत प्रतिशत पंजीकरण

टोल फ्री नं. - 1800-180-6785

ई-मेल : [jdvital.des@rajasthan.gov.in](mailto:jdvital.des@rajasthan.gov.in), [pehchan.raj@gov.in](mailto:pehchan.raj@gov.in)

वेबसाइट - <http://pehchan.raj.nic.in>