

Form No. 2

**DEATH REPORT**  
(To be filled by the informant)

SI 272 1/83

Legal Information	Statistical Information																					
<b>1. Date of Death</b> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	<b>11. a) Name of Town / Village of Residence of the deceased</b> .....	<b>18. If used to habitually smoke - for how many years?</b> .....												
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y															
<b>2. Name of the Deceased</b> : ..... UID no. of Deceased (if any) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					<b>b) Is it a Town / Village (Tick)</b> ..... <b>c) Name of District</b> ..... <b>d) Name of State</b> .....	<b>19. If used to habitually chew tobacco in any form -how many years?</b> .....
<b>3. Sex</b> : Male / Female / Transgender	<b>12. Religion</b> : Hindu / Muslim / Christian Other (specify) .....	<b>20. If used to habitually chew arecanut in any form (including pan masala) -for how many years?</b> .....																				
<b>4. Name of the mother</b> : ..... UID no. of mother (if any) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					<b>13. Occupation of the deceased</b> ..... (If no occupation write 'NIL')	<b>21. If used to habitually drink alcohol -for how many years?</b> .....
Contact no. of mother (if any) .....	<b>14. Type of medical attention received before death (Tick)</b> (i) Institutional – Government (ii) Institutional – Private / Non Government (iii) No medical attention	<b>Remarks</b> (if any) .....																				
<b>5. Name of father</b> ..... UID no. of father (if any) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					<b>15. Was the cause of death medically certified? (Tick)</b> 1. Yes    2. No	(Signature / LTI of Guardian with date) – optional
Contact no. of father (if any) .....	<b>16. Name of disease or actual cause of death</b> : (for all deaths irrespective of whether medically certified or not)	(Signature / LTI of Informant with date)																				
<b>5a. Name of the Husband/Wife (If any)</b> : ..... UID no. of Husband/Wife (if any) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					<b>17. In case this is female death, did the death occur while pregnant, at the time of delivery or within 6 weeks after the end of pregnancy. (Tick)</b> 1. Yes    2. No	Death Registration No. .... Date of Registration .....
Contact no. of Husband/Wife (if any) .....	(Signature of Registrar / Sub-Registrar with date)																					
<b>6. Age of the deceased</b> : ..... (if more than 1 year, age in completed year, below 1 year, age in month, below 1 month, age in days, below 1 day, age in hours)																						
<b>7. Address of the deceased at the time of death</b> : ..... Mouza/Ward ..... Block/Municipality ..... P.O. .... P.S. .... District .....																						
<b>8. Permanent address of the deceased</b> : ..... Mouza/Ward ..... Block/Municipality ..... P.O. .... P.S. .... District .....																						
<b>9. Place of death</b> a) Hospital / Institution (Name) ..... b) House (Address) ..... c) Others (Address) .....																						
<b>10. Informant (Name &amp; Address)</b> .....																						

## আইন গত তথ্য

## পরিম্বেশন সংশ্লিষ্ট তথ্য

<p>১. মৃত্যুর তারিখ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>২. মৃত ব্যক্তির নাম..... মৃত ব্যক্তির আধার নম্বর (যদি থাকে) <input type="text"/></p> <p>৩. লিঙ্গ : পুরুষ / স্ত্রী / তম লিঙ্গ</p> <p>৪. মাতার নাম..... মাতার আধার নম্বর (যদি থাকে) <input type="text"/></p> <p>মাতার ফোন নম্বর (যদি থাকে) <input type="text"/></p> <p>৫. পিতার নাম..... পিতার আধার নম্বর (যদি থাকে) <input type="text"/></p> <p>পিতার ফোন নম্বর (যদি থাকে) <input type="text"/></p> <p>৬. (ক) স্বামী / স্ত্রীর নাম :..... স্বামী / স্ত্রীর আধার নম্বর (যদি থাকে) <input type="text"/></p> <p>স্বামী / স্ত্রীর ফোন নম্বর (যদি থাকে) <input type="text"/></p> <p>৭. মৃত্যুর সময় মৃত ব্যক্তির ঠিকানা (এক বৎসরের উপর হলে 'পূর্ণ বৎসরে', এক বৎসরের নিচে হলে 'পূর্ণ মাসে', এক মাসের নিচে হলে 'পূর্ণ দিনে' এবং একদিনের কম হলে ঘণ্টাতে বয়স লিখতে হবে)</p> <p>৮. মৃত্যুর সময় মৃত ব্যক্তির ঠিকানা মৌজা/ওয়ার্ড..... ব্লক/মিউনিসিপালিটি..... পোস্ট..... থানা..... জেলা.....</p> <p>৯. মৃত্যুর স্থান: ক) হাসপাতাল / প্রতিকর্মান (নাম)..... খ) বাড়ি (ঠিকানা)..... গ) অন্য জায়গায় (ঠিকানা).....</p> <p>১০. সংবাদদাতার (নাম ও ঠিকানা)..... (যদি সংবাদদাতার নাম থাকে)</p>	<p>১১. ক) মৃত ব্যক্তির বাসস্থান : গ্রাম / শহরের নাম..... খ) এটা শহর / গ্রাম : (যথাহানে টিক চিহ্ন দিন) গ) জেলার নাম..... ঘ) রাজ্যের নাম.....</p> <p>১২. পরিবারের ধর্ম : (যথাহানে টিক চিহ্ন দিন) হিন্দু/মুসলিম/খ্রীষ্টান/ অন্যান্য..... (কোনো টিক না থাকলে 'নাই' লিখুন)</p> <p>১৩. মৃতব্যক্তির পেশা..... (কোনো টিক না থাকলে 'নাই' লিখুন)</p> <p>১৪. মৃত্যুর পূর্বে চিকিৎসার ধরন : (যথাহানে টিক চিহ্ন দিন) (i) চিকিৎসা কেন্দ্র..... (ii) চিকিৎসা কেন্দ্র ছাড়া অন্যত্র..... (iii) আদৌ কোনো চিকিৎসা হয়নি.....</p> <p>১৫. মৃত্যুর কারণ চিকিৎসক দ্বারা নিশ্চিত করা হয়েছে কিনা? (যথাহানে টিক চিহ্ন দিন) ১) হ্যাঁ ২) না</p> <p>১৬. অসুখের নাম অথবা মৃত্যুর প্রকৃত কারণ : সমস্ত মৃত্যুর ক্ষেত্রে যদিও জা চিকিৎসক দ্বারা শংখিত হোক বা না হোক.....</p> <p>১৭. যদি মৃত ব্যক্তি স্ত্রীলোক হন, মৃত্যুর সময় তিনি গর্ভবতী ছিলেন কিনা, প্রসবকালে বা গর্ভমুক্তির ছয় সপ্তাহের মধ্যে মৃত্যু হয়েছে কিনা : (যথাহানে টিক চিহ্ন দিন) ১) হ্যাঁ ২) না</p>	<p>১৮. মৃত ব্যক্তির ধূমপানের অভ্যাস থাকলে তা কত বৎসরের?.....</p> <p>১৯. কোনো প্রকার তামাক পাতা চিবানোর অভ্যাস থাকলে - তা কত বৎসরের?.....</p> <p>২০. সুপারি বা সুপারিজাত দ্রব্য (পানমশলা সহ) চিবানোর অভ্যাস থাকলে - তা কত বৎসরের?.....</p> <p>২১. মদ্যপানের অভ্যাস থাকলে - তা কত বৎসরের?.....</p> <p>মজব্বা (যদি থাকে).....</p> <p>(অভিজ্ঞবক্স স্বাক্ষর / এল.টি.আই. তারিখ সহ) - বেঙ্গা মূলক ১. Address of the deceased at the time of death.....</p> <p>২. Permanent address of the deceased..... মৃত্যু নিবন্ধীকরণ নম্বর :.....</p> <p>নিবন্ধীকরণের তারিখ.....</p> <p>(নিবন্ধকার / উপ-নিবন্ধকারের স্বাক্ষর তারিখ সহ) 10. Informant (Address).....</p>
---	--	---