

## कार्यालय नगर पालिका परिषद बड़कोट-उत्तरकाशी।

E-Mail ID:-barkotnp@gmail.com

### जन्म प्रमाण-पत्र हेतु दस्तावेज।

- 1- अधिशासी अधिकारी के नाम प्रार्थना-पत्र।
- 2- टीकाकरण कार्ड।
- 3- जन्म रिपोर्ट/आशा के द्वारा भरा हुआ रिपोर्ट पत्र।
- 4- शपथ-पत्र 10 रु0 स्टाम्प पर।
- 5- हाई स्कूल प्रमाण-पत्र।
- 6- आधार कार्ड स्वयं का।
- 7- माता का आधार कार्ड।
- 8- पिता का आधार कार्ड।
- 9- पटवारी की रिपोर्ट।
- 11- उपजिलाधिकारी बड़कोट की रिपोर्ट।/आदेश
- 10- परिवार रजिस्ट्ररी
- 12- वार्ड सभासद द्वारा प्रमाण पत्र

### टिप्पणी:-

- 1- यदि अभ्यर्थी जन्म वर्ष-2010 के बाद का है। तो उपरोक्त दस्तावेज संलग्न किये जायेंगे।
- 2- परन्तु यदि अभ्यर्थी का जन्म वर्ष-2010 से पहले का हुआ है, तो उपरोक्त दस्तावेजों के साथ-साथ अभ्यर्थी का राशन कार्ड, वोटर कार्ड, दो गवाह, हाईस्कूल की मार्गशीट, आठ पास की मार्गशीट संलग्न करना आवश्यक है। तदोपरान्त ही जन्म प्रमाण-पत्र बनाया जायेगा।

### मृत्यु प्रमाण-पत्र हेतु दस्तावेज।

- 1- अधिशासी अधिकारी के नाम प्रार्थना-पत्र।
- 2- मृतक का आधार कार्ड।
- 3- आवेदन कर्ता का आधार कार्ड।
- 4- शपथ-पत्र 10 रु0 स्टाम्प पर।
- 5- पटवारी की रिपोर्ट।
- 6- उपजिलाधिकारी बड़कोट की रिपोर्ट/आदेश
- 7- मृत्यु रिपोर्ट/आशा के द्वारा भरा हुआ रिपोर्ट पत्र।
- 8- पंचनामा रिपोर्ट
- 9- वार्ड सभासद द्वारा प्रमाण पत्र
- 10- परिवार रजिस्ट्ररी



उत्तराखण्ड शासन  
चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग  
मृत्यु रिपोर्ट  
विधिक सूचनायें  
यह भाग मृत्यु पंजिका में जुड़ेगा

प्रपत्र संख्या- 2



उत्तराखण्ड शासन  
चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग  
मृत्यु रिपोर्ट  
सांख्यिकी सूचनायें  
इस भाग को विधिक भाग से अलग कर सांख्यिकी प्रयोजनार्थ भेजा जायेगा

प्रपत्र संख्या- 2



<p>सूचना देने वाले द्वारा भरा जायेगा-</p> <p>1. मृत्यु का दिनांक (सही दिवस, मास व वर्ष लिखें).....</p> <p>2. (क) मृतक का नाम.....</p> <p>Name <input type="text"/></p> <p>यू.आई.डी.सी. (यदि है) <input type="text"/></p> <p>(ख) मृतक के स्थाई निवास का पता.....</p> <p>3. मृतक का लिंग : (पुरुष अथवा महिला अथवा किन्नर दर्ज करें।).....</p> <p>4. माता का नाम/Mother's Name.....</p> <p><input type="text"/></p> <p>यू.आई.डी.सी. (यदि है) <input type="text"/></p> <p>5. पिता का नाम/Father's Name.....</p> <p><input type="text"/></p> <p>यू.आई.डी.सी. (यदि है) <input type="text"/></p> <p>5. (क) पति /पत्नी का नाम / husband/wife Name.....</p> <p><input type="text"/></p> <p>यू.आई.डी.सी. (यदि है) <input type="text"/></p> <p>5. (ख) पति /पत्नी की आयु.....</p> <p>5. (ग) पति /पत्नी का सम्पर्क विवरण.....</p> <p>6. मृतक की आयु..... 7. मृत्यु के समय मृतक का पता.....</p> <p>8. मृतक का स्थाई पता.....</p> <p>9. मृत्यु का स्थान- (1) अस्पताल/संस्था नाम :.....</p> <p>(2) घर: पता :.....</p> <p>(3) अन्य स्थान :.....</p> <p>10. सूचना देने वाले का नाम व पता : .....</p> <p>दिनांक: सूचना देने वाले के हस्ताक्षर</p>	<p>सूचना देने वाले द्वारा भरा जायेगा</p> <p>11. ग्राम या शहर का नाम जहां माता का निवास हो: (क) नाम शहर/ग्राम:..... (ख) क्या शहर अथवा ग्राम है (सही का निशान लगायें) 1. शहर..... 2. ग्राम.....</p> <p>(ग) जनपद का नाम :.....</p> <p>(घ) प्रदेश का नाम :.....</p> <p>12. परिवार का धर्म (सही का निशान लगायें) 1. हिन्दू 2. ईसाई 3. मुसलमान 4. सिक्ख 5. अन्य</p> <p>13. मृतक का व्यसय: (यदि कोई हो अथवा शून्य लिखें) .....</p> <p>14. मृत्यु पूर्व किस प्रकार की चिकित्सकीय सुविधा मिली (सही का निशान लगायें) 1. संस्थागत 2. संस्था के अतिरिक्त सेवा</p> <p>3. कोई चिकित्सा सेवा नहीं:.....</p>	<p>सूचना देने वाले द्वारा भरा जायेगा</p> <p>15. क्या मृत्यु का कारण चिकित्सकीय प्रमाणित है 1. हाँ 2. नहीं</p> <p>16. बीमारी का नाम अथवा मृत्यु का वास्तविक कारण .....</p> <p>17. यदि मृतक महिला है तो स्पष्ट करें कि क्या मृत्यु प्रसव के समय हुई या गर्भपात के 6 हफ्ते बाद हुआ 1. हाँ 2. नहीं</p> <p>18. यदि धूम्रपान का आदि था तो कितने वर्षों से .....</p> <p>19. यदि आदतन किसी प्रकार का तन्वाकू चबाते हों तो पिछले कितने वर्षों से: .....</p> <p>20. यदि आदतन सुपारी, किसी प्रकार का पान मसाला आदि का सेवन करते थे: .....</p> <p>21. क्या शराव पीने के आदी थे (पिछले कितने वर्षों से) .....</p>
<p>निबन्धक द्वारा भरा जाना है</p> <p>पंजीकरण संख्या : ..... पंजीकरण का दिनांक.....</p> <p>पंजीकरण इकाई : ..... जनपद : .....</p> <p>शहर/ग्राम का नाम : ..... नियन्धक के हस्ताक्षर</p>	<p>निबन्धक द्वारा भरा जाना है</p> <p>नाम : ..... कोड.....</p> <p>जनपद : .....</p> <p>तहसील : .....</p> <p>शहर/गांव : .....</p> <p>पंजीकरण इकाई का नाम : .....</p>	<p>पंजीकरण संख्या ..... दिनांक.....</p> <p>मृत्यु की तिथि: .....</p> <p>आयु : ..... (वर्ष/माह/दिन/घण्टे)</p> <p>लिंग: ..... (पुरुष/महिला)</p> <p>मृत्यु का स्थान: .....</p> <p>4. अस्पताल/संस्था</p> <p>5. घर</p> <p>6. अन्य स्थान</p> <p>नियन्धक के हस्ताक्षर</p>