



बिहार गजट

असाधारण अंक

बिहार सरकार द्वारा प्रकाशित

28 ज्येष्ठ 1947 (श10)

(सं0 पटना 1117) पटना, बुधवार, 18 जून 2025

योजना एवं विकास विभाग
(अर्थ एवं सांख्यिकी निदेशालय)

अधिसूचना

16 जून 2025

बिहार जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन) नियमावली, 2025

सं०-जी०सां०-05/2024-826—जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (1969 का 18) की धारा 30 द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, बिहार सरकार केन्द्र सरकार के अनुमोदन से बिहार जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण नियमावली, 1999 में संशोधन करते हुए निम्नलिखित नियमावली बनाती है :-

1. संक्षिप्त नाम, विस्तार एवं प्रारम्भ :-

- (1) यह नियमावली बिहार जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन) नियमावली, 2025 कही जाएगी।
- (2) इसका विस्तार सम्पूर्ण बिहार राज्य में होगा।
- (3) यह राजपत्र में प्रकाशन की तिथि से प्रवृत्त होंगे।

2. बिहार जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण नियमावली, 1999 के नियम 5 के उपनियम (3) के पश्चात् निम्नलिखित उपनियम अंतःस्थापित किए जाएंगे :-

- (4) बिहार जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन) नियमावली, 2025 में निर्दिष्ट प्ररूपों में नाम, जब कभी वह आता है, को (प्रथम नाम) (मध्य नाम) (अन्तिम नाम) के प्ररूप (Format) में दिया जायेगा और नाम में कोई संक्षेपाक्षर (Abbreviations) अंतर्विष्ट (Contain) नहीं होंगे।
- (5) बिहार जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन) नियमावली, 2025 में निर्दिष्ट प्ररूपों में तारीख, जब कभी वह आती है, को दिन-माह-वर्ष के प्ररूप में दी जायेगी, जिसमें दिन को दो अंकों में, माह को दो अंकों में और वर्ष को चार अंकों में दिया जायेगा।
- (6) बिहार जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन) नियमावली, 2025 में निर्दिष्ट प्ररूपों में पता, जहाँ कहीं वह आता है, में राज्य या संघ राज्य क्षेत्र का नाम, जिला, उप-जिला, शहर या गाँव, वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हों), मोहल्ला, मकान संख्या और पिन कोड अंतर्विष्ट (Contain) होगा।

3. मूल नियम के नियम 7 के पार्श्व शीर्ष एवं नियम के स्थान पर निम्नवत रखे जाएंगे :-

नियम 7 : धारा 10 की उपधारा (2) और उपधारा (3) के अधीन प्रमाण-पत्र का प्ररूप/फारम (Form) :-

मृत्यु के कारण का प्रमाण पत्र, जिसके अन्तर्गत बीमारी का वृतांत यदि कोई हो, के संबंध में धारा 10 की उपधारा (2) और उपधारा (3) के अधीन अपेक्षित प्रमाण-पत्र क्रमशः प्ररूप सं० 4 और प्ररूप सं० 4क में जारी किया जायेगा और रजिस्ट्रार द्वारा मृत्यु रजिस्टर में आवश्यक प्रविष्टियाँ करने के पश्चात् उस माह के ऐसे सभी प्रमाण-पत्र, जिससे प्रमाण-पत्र संबंधित हो, के ठीक अगले माह के 10 तारीख तक मुख्य रजिस्ट्रार को या उसके द्वारा इस निमित्त विनिर्दिष्ट पदाधिकारी को अग्रेषित करेगा।

4. मूल नियम के नियम 8 के पार्श्व शीर्ष एवं उपनियम (1), (2), (3), (4) एवं (5) के स्थान पर निम्नवत रखे जाएंगे :-

नियम 8 : धारा 12 के अधीन जन्म या मृत्यु रजिस्ट्रीकरण प्रमाण-पत्र का दिया जाना :-

- (1) धारा 12 के अधीन सूचना देने वाले व्यक्तियों को इलेक्ट्रॉनिक रूप से या अन्यथा, जन्म अथवा मृत्यु से संबंधित रजिस्टर से उद्धृत जन्म या मृत्यु प्रमाणपत्र यथास्थिति, प्ररूप सं० 5 या प्ररूप सं० 6 में दिया जायेगा।
- (2) धारा 8 की उपधारा (1) के, यथास्थिति, खण्ड (क), (कक), (कख) और (कग) में निर्दिष्ट यथास्थिति, जन्म और मृत्यु की निवासीय घटनाओं की दशा में, जो सीधे जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रार को रिपोर्ट (सूचना) की जाती है, यथास्थिति, घर या परिवार का मुखिया, या उसकी अनुपस्थिति में, घर में उपस्थित मुखिया का कोई निकटतम रिश्तेदार या उसकी अनुपस्थिति में उपस्थित सबसे बड़ा व्यस्क व्यक्ति, दत्तक ग्रहण करने वाले माता-पिता, माता-पिता, और जैविक माता-पिता, रिपोर्ट किये जाने के 30 (तीस) दिन के भीतर संबंधित रजिस्ट्रार से इलेक्ट्रॉनिक रूप से या अन्यथा, जन्म या मृत्यु का प्रमाण-पत्र प्राप्त कर सकेगा।
- (3) धारा 8 की उपधारा (1) के खण्ड (क) में निर्दिष्ट घर में होने वाली जन्म और मृत्यु, जिनकी जानकारी उक्त धारा की उपधारा (2) के अन्तर्गत राज्य सरकार द्वारा विनिर्दिष्ट व्यक्ति द्वारा की जाती हो, की दशा में इस प्रकार विनिर्दिष्ट व्यक्ति रजिस्ट्रार (जन्म और मृत्यु) से प्राप्त प्रमाणपत्र, यथास्थिति, सम्बद्ध घर अथवा परिवार के मुखिया को अथवा उसकी अनुपस्थिति में, घर में उपस्थित मुखिया के किसी निकटतम रिश्तेदार, या उसकी अनुपस्थिति में उपस्थित सबसे बड़ा व्यस्क व्यक्ति को रजिस्ट्रार द्वारा प्रमाणपत्र जारी करने के 30 (तीस) दिन के भीतर, इलेक्ट्रॉनिक रूप से या अन्यथा उपलब्ध करायेगा।
- (4) धारा 8 की उपधारा (1) के खण्ड (ख) से (ड.) और (घक), (घख) और (घग) में निर्दिष्ट संस्थागत यथास्थिति, जन्म और मृत्यु, की दशा में नवजात शिशु अथवा मृतक का नजदीकी रिश्तेदार संबंधित संस्थान के अधिकारी अथवा प्रभारी व्यक्ति से जन्म अथवा मृत्यु की घटना घटने के 30 (तीस) दिन के भीतर प्रमाण पत्र इलेक्ट्रॉनिकी रूप से या अन्यथा अभिप्राप्त कर सकेगा।
- (5) यदि उपनियम (2) से (4) में यथा निर्देशित संबंधित व्यक्ति द्वारा नियत अवधि तक जन्म अथवा मृत्यु का प्रमाणपत्र प्राप्त नहीं किये जायें, तो रजिस्ट्रार अथवा उपनियम 4 में यथा उल्लिखित संबंधित संस्थान के अधिकारी अथवा प्रभारी व्यक्ति उपर्युक्त अवधि के समाप्त होने के 15 (पन्द्रह) दिन के भीतर संबंधित परिवार को डाक से प्रमाणपत्र भेज देगा।

5. मूल नियम के नियम 9 के उपनियम (1), (2) एवं (3) के स्थान पर निम्नलिखित उपनियम रखे जाएंगे :-

- (1) ऐसे किसी जन्म या मृत्यु की सूचना, नियम 5 में विनिर्दिष्ट अवधि की समाप्ति के पश्चात किन्तु जन्म या मृत्यु की तारीख से 30 (तीस) दिन के भीतर रजिस्ट्रार को दी जाती है, तो उसका रजिस्ट्रीकरण ₹20/- (बीस रुपये) विलम्बित फीस के भुगतान करने पर किया जायेगा।
- (2) जिस जन्म या मृत्यु की विलम्बित सूचना, उसके होने के 30 (तीस) दिन के पश्चात किन्तु एक वर्ष के भीतर, रजिस्ट्रार को दी जाए वह केवल जिला रजिस्ट्रार या जिला सांख्यिकी पदाधिकारी की लिखित अनुज्ञा पर और ₹50/- (पचास रुपये) विलम्ब फीस के भुगतान पर तथा प्ररूप संख्या-14 में स्व-अभिप्रमाणित दस्तावेज को इलेक्ट्रॉनिकी रूप से या अन्यथा प्रस्तुत करने पर रजिस्ट्रीकृत की जाएगी।

- (3) जिस जन्म या मृत्यु की विलम्बित सूचना, उसके होने के 01 (एक) वर्ष बाद रजिस्ट्रार को दी जाती है वह, उस जन्म या मृत्यु की शुद्धता का सत्यापन करने के पश्चात्, उस क्षेत्र में जिस स्थान पर जन्म या मृत्यु हुई है, अधिकारिता रखने वाले केवल जिला दण्डाधिकारी या अनुमण्डल दण्डाधिकारी या जिला दण्डाधिकारी द्वारा प्राधिकृत कार्यपालक दण्डाधिकारी द्वारा किए गए आदेश पर ₹100/- (एक सौ रुपये) विलम्ब फीस के भुगतान पर रजिस्ट्रीकृत की जाएगी।
6. मूल नियम के नियम 12 के स्थान पर निम्नवत रखे जाएंगे :-
प्ररूप संख्या 1, 1क, 2 एवं 3 के विधिक भाग से जन्म-रजिस्टर, मृत्यु रजिस्टर एवं मृत-जन्म रजिस्टर क्रमशः प्ररूप संख्या 7, 8 और 9 का निर्माण होगा।
7. मूल नियम के नियम 13 के उपनियम (1), (2) एवं (4) के स्थान पर निम्नलिखित उपनियम रखे जाएंगे:-
- (1) धारा 17 के अधीन इलेक्ट्रॉनिकी रूप से या अन्यथा, की जाने वाली खोज, जारी किये जाने वाले जन्म या मृत्यु प्रमाणपत्र अथवा अनुपलब्धता प्रमाण-पत्र के लिये भुगतये फीस निम्नलिखित होगी:-
- | | रूपए |
|--|--------|
| (क) प्रथम वर्ष में किसी एक प्रविष्टि की खोज के लिए, जिसके लिए खोज की गई हो | ₹20.00 |
| (ख) प्रत्येक अतिरिक्त वर्ष के लिए, जिसके लिए खोज जारी हो | ₹20.00 |
| (ग) प्रत्येक जन्म या मृत्यु से संबंधित प्रमाण-पत्र देने के लिए | ₹50.00 |
| (घ) जन्म अथवा मृत्यु का अनुपलब्धता प्रमाण-पत्र देने के लिए | ₹20.00 |
- (2) किसी जन्म या मृत्यु के संबंध में धारा 17 के अधीन जन्म या मृत्यु से संबंधित रजिस्टर से उद्धरण के आधार पर प्रमाण-पत्र रजिस्ट्रार या राज्य सरकार द्वारा इस निमित्त प्राधिकृत पदाधिकारी द्वारा, यथास्थिति प्ररूप/फारम संख्या 5 या प्ररूप/फारम संख्या 6 में निर्गत किया जाएगा और भारतीय साक्ष्य अधिनियम, 2023 (2023 का 47) की धारा 75 में उपबंधित रीति से प्रमाणित किया जाएगा।
- (4) ऐसा कोई प्रमाण-पत्र या अनुपलब्धता प्रमाण-पत्र, उसकी माँग करने वाले व्यक्ति को दिया जा सकेगा या इस निमित्त डाक खर्च के भुगतान किये जाने पर डाक द्वारा भेजा जा सकेगा।
8. मूल नियम के नियम 16 के उपनियम (2) के स्थान पर निम्नलिखित उपनियम रखे जाएंगे:-
- (2) ऐसा कोई अपराध ऐसी राशि के भुगतान पर जो धारा 23 की उपधारा (1), उपधारा (2) और उपधारा (4) के अधीन अपराधों के लिये ₹250/- (दो सौ पचास रुपये), उपधारा (3) के अधीन अपराधों के लिये ₹50/- (पचास रुपये) तथा उपधारा (1क) और उपधारा (4क) के अधीन प्रत्येक जन्म या मृत्यु के संबंध में अपराधों के लिए ₹1000/- (एक हजार रुपये) से अनधिक होगी, प्रशमन किया जा सकेगा, जैसा उक्त अधिकारी ठीक समझे।
9. मूल नियम के नियम 16 के पश्चात् निम्नलिखित नियम अंतःस्थापित किए जाएंगे :-
नियम 16क. अपील- धारा 25क की उपधारा (1) के अधीन अपील प्ररूप संख्या 15 में प्रस्तुत की जाएगी।
10. मूल नियम के नियम 17 के उपनियम (2) एवं (3) के स्थान पर निम्नलिखित उपनियम रखे जाएंगे:-
- (2) रजिस्ट्रार द्वारा प्राप्त धारा 13 की उपधारा (2) के अधीन अनुदत्त अनुज्ञा तथा धारा 13 की उपधारा (3) के अधीन विलम्बित रजिस्ट्रीकरण के लिए जारी आदेश जन्म रजिस्टर, मृत्यु रजिस्टर और मृत-जन्म रजिस्टर के अभिन्न अंग होंगे तथा वे नष्ट नहीं किये जाएंगे।
- (3) धारा 10 की उपधारा (2) और उपधारा (3) के अधीन मृत्यु के कारण के संबंध में दिया गया प्रमाण-पत्र मुख्य रजिस्ट्रार या इस निमित्त उसके द्वारा विनिर्दिष्ट पदाधिकारी द्वारा कम-से-कम पाँच वर्ष तक रखा जायेगा।
- मूल नियमों में, प्ररूप 1, 1क, 2, 3, 4, 4क, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 और 13 के स्थान पर संलग्न प्ररूप रखे जाएंगे।

बिहार-राज्यपाल के आदेश से,
के० सेंथिल कुमार,
प्रधान सचिव।

प्रारूप संख्या-1 (नियम 5 देखें) जन्म रिपोर्ट विधिक सूचना (निर्देश के लिए पीछे देखें)	प्रारूप संख्या-1 (नियम 5 देखें) जन्म रिपोर्ट सांख्यिकी सूचना (निर्देश के लिए पीछे देखें)												
इस भाग को जन्म रजिस्टर में जोड़ा जाएगा <i>सूचनादाता द्वारा भरा जायेगा</i>	इस भाग को अलग कर सांख्यिकी प्रशोधन के लिए भेजा जायेगा <i>सूचनादाता द्वारा भरा जायेगा</i>												
<p>1. जन्म की तारीख:- []-[]-[]-[]-[]-[]</p> <p>2. लिंग ('पुरुष' या 'महिला' या 'ट्रांसजेण्डर व्यक्ति' लिखें):-</p> <p>3. शिशु का विवरणी (यदि नामाकरण नहीं किया गया हो, तो खाली छोड़ दें) (क) नाम (यदि कोई हो)- [] [] [] (ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो)- [] [] [] [] [] [] [] [] [] []</p> <p>4. पिता का विवरणी:- (क) नाम- [] [] [] (ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (ग) मोबाईल नं०- [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (घ) ईमेल आई० डी०-</p> <p>5. माता का विवरणी:- (क) नाम- [] [] [] (ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (ग) मोबाईल नं०- [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (घ) ईमेल आई० डी०-</p> <p>6. बच्चे के जन्म के समय माता-पिता का पता:- मकान सं०- मोडल्ला- वार्ड नं० (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)- शहर / गाँव- उप-ज़िला- जिला- राज्य / सं०रा०क्षेत्र- पिनकोड- [] [] [] [] [] []</p> <p>7. माता-पिता का स्थायी पता:- मकान सं०- मोडल्ला- वार्ड नं० (शहर की स्थिति में और यदि उपलब्ध हो)- शहर / गाँव- उप-ज़िला- जिला- राज्य / सं०रा०क्षेत्र - पिनकोड- [] [] [] [] [] []</p> <p>8. जन्म का स्थान- (नीचे दिये गए उपयुक्त प्रविष्टि 1 या 2 या 3 चिन्हित करें एवं "अस्पताल / संस्थान" का नाम और पता या " घर " या " अन्य स्थान ", का पता, जहाँ जन्म हुआ है, लिखें।) 1. अस्पताल / संस्थान- नाम:- मोडल्ला- वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)- शहर / गाँव- उप-ज़िला- जिला- राज्य / सं०रा०क्षेत्र - पिनकोड- [] [] [] [] [] [] 3. अन्य स्थान पता:- मकान संख्या:- मोडल्ला- वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)- शहर / गाँव- उप-ज़िला- जिला- राज्य / सं०रा०क्षेत्र - पिनकोड- [] [] [] [] [] []</p> <p>9. सूचनादाता का विवरणी: (क) नाम [] [] [] (ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (ग) मोबाईल नं० [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (घ) ईमेल आई० डी०- (ङ) पता:- मकान सं०- मोडल्ला- वार्ड नं० (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)- उप-ज़िला - शहर / गाँव- जिला- राज्य / सं०रा०क्षेत्र - पिनकोड- [] [] [] [] [] []</p> <p>घोषणा:- <input type="checkbox"/> मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार दी गयी सूचना सही है। मैं गलत सूचना प्रस्तुत करने के लिए जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रेशन अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दण्ड/ जुर्माने से अवगत हूँ। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणिकरण के माध्यम से प्रमाणिकरण पदचक्र के लिए आधार (वितीय और अन्य सब्सिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत भी सहमति देता हूँ। (1 से 22 तक सभी कॉलम पूरा करने के उपरान्त, सूचनादाता हस्ताक्षर और तिथि अंकित करेंगे।)</p> <p>दिनांक: []/[]/[]-[]-[]-[]-[]</p> <p style="text-align: right;"><i>सूचनादाता का हस्ताक्षर या बायें हाथ के अंगूठे का निशान</i></p>	<p>10. माता के निवास का शहर या गाँव (सामान्यतः जहाँ माता निवास करती हैं। यह प्रसव के स्थान से भिन्न हो सकता है। उपयुक्त प्रविष्टि 'शहर' या 'गाँव' को चिन्हित करें और उसका नाम अंकित करें। शहर या गाँव: उप-ज़िला: जिला: राज्य या संघ राज्य क्षेत्र: पिनकोड: [] [] [] [] [] []</p> <p>11. धर्म के लिए [उपयुक्त धर्म अंकित करें 'हिन्दू' या 'मुस्लिम' या 'इसाई' या 'सिख' या 'बौद्ध' या 'जैन' या 'अन्य' (कृपया उल्लेख करें)]:- (क) पिता का धर्म:- (ख) माता का धर्म:-</p> <p>12. पिता का शिक्षा का स्तर:-</p> <p>13. माता की शिक्षा का स्तर:-</p> <p>14. पिता का व्यवसाय:-</p> <p>15. माता का व्यवसाय:-</p> <p>16. विवाह के समय माता की आयु (पूर्ण वर्षों में) (यदि विवाह एक से अधिक बार हुआ है, तो प्रथम विवाह की आयु लिखें):-</p> <p>17. इस संतान के जन्म के समय माता की आयु (पूर्ण वर्षों में):-</p> <p>18. इस संतान सहित माता द्वारा अबतक जनित जीवित जन्मों की संख्या (पूर्व के विवाह से जीवित संतान की संख्या, यदि हो, जोड़ी जायेगी):-</p> <p>19. प्रसव के समय परिचर्या का प्रकार (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि चिन्हित करें):- 1. संस्थागत-सरकारी 2. संस्थागत-निजी या गैर सरकारी 3. डॉक्टर, नर्स या प्रशिक्षित दाई 4. पारम्परिक प्रसाविका 5. रिश्तेदार या अन्य</p> <p>20. प्रसव की विधि (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि चिन्हित करें):- 1. प्राकृतिक 2. शल्य क्रिया 3. यंत्रिक निकर्ण/ वैद्ययूम (निर्वात मार्जक)</p> <p>21. जन्म के समय वजन (कि०ग्राम में) (यदि ज्ञात हो):-</p> <p>22. गर्भधारण की अवधि (हफ़्तों में):-</p> <p>(एक से अधिक जन्म के मामले में, प्रत्येक बच्चे के लिये अलग फॉर्म भरें और नीचे दिए गए बोली और बॉक्स के अभियुक्ति कॉलम में, जैसा भी मामला हो, 'जुड़वा' या 'तिरसरा' का उल्लेख करें)</p> <p style="text-align: right;">(कॉलम की प्रविष्टि पूर्ण हुईं, अब बाएं ओर हस्ताक्षर अंकित करेंगे)</p> <p style="text-align: center;"><i>रजिस्ट्रार द्वारा भरा जायेगा</i></p>												
<p>रजिस्ट्रीकरण संख्या:</p> <p>रजिस्ट्रीकरण तिथि: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []</p> <p>रजिस्ट्रीकरण इकाई:-</p> <p>शहर / गाँव-</p> <p>उप-ज़िला:-</p> <p>जिला:-</p> <p>अभियुक्ति (यदि हो):-</p> <p style="text-align: right;"><i>रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर</i></p>	<p style="text-align: center;"><i>रजिस्ट्रार द्वारा भरा जायेगा</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th><th style="width: 35%;">नाम</th><th style="width: 35%;">कोड संख्या</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>जिला</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>उप-ज़िला</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>शहर / गाँव</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>रजिस्ट्रीकरण इकाई:-</p> <p>रजिस्ट्रीकरण संख्या:</p> <p>रजिस्ट्रीकरण तिथि: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []</p> <p>जन्म की तारीख: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []</p> <p>लिंग: पुरुष / महिला / ट्रांसजेण्डर व्यक्ति</p> <p>जन्म का स्थान: 1. अस्पताल / संस्थान 2. मकान 3. अन्य स्थान</p> <p style="text-align: right;"><i>रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर</i></p>		नाम	कोड संख्या	जिला			उप-ज़िला			शहर / गाँव		
	नाम	कोड संख्या											
जिला													
उप-ज़िला													
शहर / गाँव													

प्ररूप-1 (जन्म रिपोर्ट) भरने हेतु निर्देश

मद संख्या	निर्देश																									
1	तारीख, जब कभी वह आती है, को दिन-माह-वर्ष के प्ररूप में दी जायेगी, जिसमें दिन को दो अंकों में, माह को दो अंकों में और वर्ष को चार अंकों में दिया जायेगा। जहाँ भी तारीख शब्दों में लिखी हों उसे पूरा लिखा जाना चाहिए जैसे-01-01-2023 को पहली जनवरी दो हजार तेईस लिखा जाएगा तिथि एवं अन्य संख्यात्मक प्रविष्टियों के रिकार्ड करने के लिए 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 के रूप में अंकों का प्रयोग करें।																									
2	“पुरुष” या “महिला” या “ट्रांसजेंडर व्यक्ति” लिखें, संक्षिप्तीकरण का प्रयोग न करें।																									
3,4,5,9	नाम, जब कभी वह आता है, को (प्रथम नाम) (मध्य नाम) (अन्तिम नाम) के प्ररूप (Format) में दिया जायेगा, जहाँ पूरा नाम (संक्षिप्तीकरण नहीं) बड़े अक्षर (Capital Letter) में लिखा जाना चाहिए तथा पहला नाम अनिवार्य है। प्रथम नाम या मध्य नाम या अन्तिम नाम में से किसी एक में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए। यदि शिशु का नाम नहीं है, तो खाली छोड़ दें। शिशु के नाम के बिना भी जन्म का रजिस्ट्रीकरण किया जा सकता है। तथापि, रजिस्ट्रीकरण के 12 महीनों के भीतर शिशु का नाम निःशुल्क प्रविष्टि किया जा सकता है (राज्य नियमावली का नियम 10 देखें)।																									
6,7,8,9	पता, जहाँ कहीं वह आता है, में राज्य या संघ राज्य क्षेत्र (सं० रा० क्षे०) का नाम, जिला, उप-जिला, शहर या गाँव, वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो), मोहल्ला, मकान संख्या और पिन कोड अंतर्विष्ट (Contain) होगा।																									
8	जन्म का स्थान के लिए (सही प्रविष्टि को चिन्हित करें) 1. अस्पताल/संस्थान 2. घर 3. अन्य स्थान ("अस्पताल/संस्थान" का नाम और पता या "घर" या "अन्य जगह" का पता, जहाँ जन्म हुआ है, लिखें)																									
10	माता के निवास का शहर या गाँव:- सामान्यतः जहाँ माता निवास करती है। यह प्रसव के स्थान से भिन्न हो सकता है। घर का पता अंकित करना आवश्यक नहीं है।																									
12,13	शिक्षा का स्तर-इनमें से कोई एक लिखें:- <table><tr><td>1. प्री-प्राइमरी</td><td>6. कक्षा-5</td><td>11. कक्षा-10</td><td>16. स्नातक/पूर्वस्नातक</td><td>21. औपचारिक शिक्षा के बिना साक्षर</td></tr><tr><td>2. कक्षा-1</td><td>7. कक्षा-6</td><td>12. कक्षा-11</td><td>17. स्नातकोत्तर डिप्लोमा</td><td>22. निरक्षर</td></tr><tr><td>3. कक्षा-2</td><td>8. कक्षा-7</td><td>13. कक्षा-12</td><td>18. मास्टर/स्नातकोत्तर</td><td></td></tr><tr><td>4. कक्षा-3</td><td>9. कक्षा-8</td><td>14. आई० टी० आई०</td><td>19. एम० फिल</td><td></td></tr><tr><td>5. कक्षा-4</td><td>10. कक्षा-9</td><td>15. डिप्लोमा/सर्टिफिकेट</td><td>20. डॉक्टरेट एवं उससे ऊपर</td><td></td></tr></table> (शिक्षा का पूर्ण स्तर अंकित करें यथा-यदि कक्षा सातवीं तक पढ़ाई किया गया है, लेकिन केवल छठी कक्षा उत्तीर्ण किया गया है, तो कक्षा छः अंकित करें)	1. प्री-प्राइमरी	6. कक्षा-5	11. कक्षा-10	16. स्नातक/पूर्वस्नातक	21. औपचारिक शिक्षा के बिना साक्षर	2. कक्षा-1	7. कक्षा-6	12. कक्षा-11	17. स्नातकोत्तर डिप्लोमा	22. निरक्षर	3. कक्षा-2	8. कक्षा-7	13. कक्षा-12	18. मास्टर/स्नातकोत्तर		4. कक्षा-3	9. कक्षा-8	14. आई० टी० आई०	19. एम० फिल		5. कक्षा-4	10. कक्षा-9	15. डिप्लोमा/सर्टिफिकेट	20. डॉक्टरेट एवं उससे ऊपर	
1. प्री-प्राइमरी	6. कक्षा-5	11. कक्षा-10	16. स्नातक/पूर्वस्नातक	21. औपचारिक शिक्षा के बिना साक्षर																						
2. कक्षा-1	7. कक्षा-6	12. कक्षा-11	17. स्नातकोत्तर डिप्लोमा	22. निरक्षर																						
3. कक्षा-2	8. कक्षा-7	13. कक्षा-12	18. मास्टर/स्नातकोत्तर																							
4. कक्षा-3	9. कक्षा-8	14. आई० टी० आई०	19. एम० फिल																							
5. कक्षा-4	10. कक्षा-9	15. डिप्लोमा/सर्टिफिकेट	20. डॉक्टरेट एवं उससे ऊपर																							
14,15	व्यवसाय-निम्नलिखित में से कोई एक लिखें- 1. कृषक 2. कृषि मजदूर 3. दैनिक वेतन भोगी (कृषि मजदूर के अलावा) 4. एकल/पारिवारिक श्रमिक/स्व-रोजगार 5. नियोक्ता 6. सरकारी कर्मचारी 7. निजी कर्मचारी (घरेलू सहायक के अलावा) 8. घरेलू सहायक 9. गैर-कार्यकर्ता																									

टिप्पणी:- सूचनादाता को यह सुनिश्चित करना होगा कि जन्म रिपोर्ट फार्म में यथासंभव कोई भी प्रविष्टि खाली न छोड़ा जाय।

प्ररूप संख्या-1क विधिक सूचना (नियम 5 देखें) दत्तक बच्चे का जन्म रिपोर्ट (निर्देश के लिए पीछे देखें) इस भाग को जन्म रजिस्टर में जोड़ा जाएगा सूचनादाता द्वारा भर जायेगा	प्ररूप संख्या-1क सांख्यिकी सूचना (नियम 5 देखें) दत्तक बच्चे का जन्म रिपोर्ट (निर्देश के लिए पीछे देखें) इस भाग को अलग कर सांख्यिकी प्रशोधन के लिए भेज जायेगा सूचनादाता द्वारा भर जायेगा									
<p>1* जन्म की तारीख:- <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>2* लिंग ('पुरुष' या 'महिला' या 'ट्रांसजेंडर व्यक्ति' लिखें):- <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>3. शिशु का विवरणी (जदि गोद लेने के परचात नाम बदला गया है, तो नया नाम लिखें) (क) शिशु का नाम:- <input style="width: 100px;" type="text"/> (ख) आधार संख्या (जदि उपलब्ध हो):- <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>4* माता का विवरणी (जदि ज्ञात हो):- (क) नाम:- <input style="width: 100px;" type="text"/> (ख) आधार संख्या (जदि उपलब्ध हो) :- <input style="width: 100px;" type="text"/> (ग) मोबाईल नं:- <input style="width: 100px;" type="text"/> (घ) ईमेल आई० डी:- <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>5* पिता का विवरणी (जदि ज्ञात हो):- (क) नाम:- <input style="width: 100px;" type="text"/> (ख) आधार संख्या (जदि उपलब्ध हो):- <input style="width: 100px;" type="text"/> (ग) मोबाईल नं:- <input style="width: 100px;" type="text"/> (घ) ईमेल आई० डी:- <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>6. दत्तक बच्चे का डीड/आदेश का विवरणी:- (क) तारीख:- <input style="width: 100px;" type="text"/> (ख) डीड/आदेश संख्या:- <input style="width: 100px;" type="text"/> (क) नाम:- <input style="width: 100px;" type="text"/> (ख) आधार संख्या (जदि उपलब्ध हो):- <input style="width: 100px;" type="text"/> (ग) मोबाईल नं:- <input style="width: 100px;" type="text"/> (घ) ईमेल आई० डी:- <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>7. दत्तक माता का विवरणी:- (क) नाम:- <input style="width: 100px;" type="text"/> (ख) आधार संख्या (जदि उपलब्ध हो):- <input style="width: 100px;" type="text"/> (ग) मोबाईल नं:- <input style="width: 100px;" type="text"/> (घ) ईमेल आई० डी:- <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>8. दत्तक पिता का विवरणी :- (क) नाम:- <input style="width: 100px;" type="text"/> (ख) आधार संख्या (जदि उपलब्ध हो):- <input style="width: 100px;" type="text"/> (ग) मोबाईल नं:- <input style="width: 100px;" type="text"/> (घ) ईमेल आई० डी:- <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>9. दत्तक डीड/आदेश के अनुसार दत्तक माता-पिता का पता :- मकान सं०- <input style="width: 50px;" type="text"/> मोहल्ला- <input style="width: 50px;" type="text"/> वार्ड नं० (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)- <input style="width: 50px;" type="text"/> शहर/गाँव- <input style="width: 50px;" type="text"/> उप-जिला- <input style="width: 50px;" type="text"/> जिला- <input style="width: 50px;" type="text"/> राज्य/सं०रा०क्षेत्र- <input style="width: 50px;" type="text"/> पिनकोड- <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>10. दत्तक माता-पिता का स्थाई पता :- मकान सं०- <input style="width: 50px;" type="text"/> मोहल्ला- <input style="width: 50px;" type="text"/> वार्ड नं० (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)- <input style="width: 50px;" type="text"/> शहर/गाँव- <input style="width: 50px;" type="text"/> उप-जिला- <input style="width: 50px;" type="text"/> जिला- <input style="width: 50px;" type="text"/> राज्य/सं०रा०क्षेत्र- <input style="width: 50px;" type="text"/> पिनकोड- <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>11. जन्म का स्थान:- (नीचे दिये गए उपयुक्त प्रविष्टि 1 या 2 या 3 चिह्नित करें एवं 'अस्पताल/संस्थान' का नाम और पता या 'घर' या 'अन्य स्थान' का पता, जहाँ जन्म हुआ है, लिखें)। 1. अस्पताल/संस्थान- <input style="width: 100px;" type="text"/> नाम- <input style="width: 100px;" type="text"/> 2. घर <input style="width: 100px;" type="text"/> 3. अन्य स्थान <input style="width: 100px;" type="text"/> पता- <input style="width: 100px;" type="text"/> मकान संख्या- <input style="width: 100px;" type="text"/> मोहल्ला- <input style="width: 100px;" type="text"/> वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)- <input style="width: 100px;" type="text"/> शहर/गाँव- <input style="width: 100px;" type="text"/> उप-जिला- <input style="width: 100px;" type="text"/> जिला- <input style="width: 100px;" type="text"/> राज्य/सं०रा०क्षेत्र- <input style="width: 100px;" type="text"/> पिनकोड- <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>12. यदि किसी संस्थान के माध्यम से गोद लिया गया है तो, संस्थान का पता लिखें:- मकान सं०- <input style="width: 50px;" type="text"/> मोहल्ला- <input style="width: 50px;" type="text"/> वार्ड नं० (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)- <input style="width: 50px;" type="text"/> शहर/गाँव- <input style="width: 50px;" type="text"/> उप-जिला- <input style="width: 50px;" type="text"/> जिला- <input style="width: 50px;" type="text"/> राज्य/सं०रा०क्षेत्र- <input style="width: 50px;" type="text"/> पिनकोड- <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>13. सूचनादाता का विवरणी: (क) नाम:- <input style="width: 100px;" type="text"/> (ख) आधार संख्या (जदि उपलब्ध हो):- <input style="width: 100px;" type="text"/> (ग) मोबाईल नं:- <input style="width: 100px;" type="text"/> (घ) ईमेल आई० डी:- <input style="width: 100px;" type="text"/> (ङ) पता- <input style="width: 100px;" type="text"/> मकान सं०- <input style="width: 100px;" type="text"/> मोहल्ला- <input style="width: 100px;" type="text"/> वार्ड नं० (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)- <input style="width: 100px;" type="text"/> शहर/गाँव- <input style="width: 100px;" type="text"/> उप-जिला- <input style="width: 100px;" type="text"/> जिला- <input style="width: 100px;" type="text"/> राज्य/सं०रा०क्षेत्र- <input style="width: 100px;" type="text"/> पिनकोड- <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>घोषणा- <input type="checkbox"/> मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार दी गयी सूचना सही है। मैं गलत सूचना प्रस्तुत करने के लिए जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रिकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दण्ड/जुर्माने से अवगत हूँ। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से प्रमाणीकरण पड़घान के लिए आधार (वितीय और अन्य सक्षिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत भी सहमति देता हूँ। (1 से 18 तक सभी कॉलम पूरा करने के उपरान्त, सूचनादाता हस्ताक्षर और तिथि अंकित करेंगे।)</p> <p>दिनांक- <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">सूचनादाता का हस्ताक्षर या बायें हाथ के अंगूठे का निशान</p> <p style="text-align: center;">रजिस्ट्रार द्वारा भर जायेगा</p> <p>रजिस्ट्रीकरण संख्या: <input style="width: 100px;" type="text"/> रजिस्ट्रीकरण दिनांक: <input style="width: 100px;" type="text"/> रजिस्ट्रीकरण प्रकार: <input style="width: 100px;" type="text"/> शहर/गाँव: <input style="width: 100px;" type="text"/> उप-जिला: <input style="width: 100px;" type="text"/> जिला: <input style="width: 100px;" type="text"/> अभिप्रेत (जदि हो) <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर</p>	<p>14. धर्म के लिए [उपयुक्त धर्म अंकित करें 'हिन्दू' या 'मुस्लिम' या 'इसाई' या 'सिख' या 'बौद्ध' या 'जैन' या 'अन्य' (कृपया उल्लेख करें):- <input style="width: 100px;" type="text"/> (क) दत्तक पिता का धर्म <input style="width: 100px;" type="text"/> (ख) दत्तक माता का धर्म <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>15. दत्तक पिता का शिक्षा का स्तर <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>16. दत्तक माता का शिक्षा का स्तर <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>17. दत्तक पिता का व्यवसाय <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>18. दत्तक माता का व्यवसाय <input style="width: 100px;" type="text"/></p>									
<p style="text-align: center;">सूचनादाता का हस्ताक्षर या बायें हाथ के अंगूठे का निशान</p> <p style="text-align: center;">रजिस्ट्रार द्वारा भर जायेगा</p> <p>रजिस्ट्रीकरण संख्या: <input style="width: 100px;" type="text"/> रजिस्ट्रीकरण दिनांक: <input style="width: 100px;" type="text"/> रजिस्ट्रीकरण प्रकार: <input style="width: 100px;" type="text"/> शहर/गाँव: <input style="width: 100px;" type="text"/> उप-जिला: <input style="width: 100px;" type="text"/> जिला: <input style="width: 100px;" type="text"/> अभिप्रेत (जदि हो) <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर</p>	<p style="text-align: center;">रजिस्ट्रार द्वारा भर जायेगा</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>जिला</th> <th>नाम</th> <th>कॉड संख्या</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>उप-जिला</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>शहर/गाँव</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>रजिस्ट्रीकरण इकाई: <input style="width: 100px;" type="text"/> रजिस्ट्रीकरण संख्या: <input style="width: 100px;" type="text"/> रजिस्ट्रीकरण तिथि: <input style="width: 100px;" type="text"/> जन्म की तारीख: <input style="width: 100px;" type="text"/> लिंग: पुरुष/महिला/ट्रांसजेंडर व्यक्ति <input style="width: 100px;" type="text"/> जन्म का स्थान:- 1.अस्पताल/संस्थान 2.मकान 3.अन्य स्थान <input style="width: 100px;" type="text"/> रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर</p>	जिला	नाम	कॉड संख्या	उप-जिला			शहर/गाँव		
जिला	नाम	कॉड संख्या								
उप-जिला										
शहर/गाँव										

प्ररूप-1क (दत्तक बच्चे का जन्म रिपोर्ट) भरने हेतु निर्देश

मद संख्या	निर्देश																									
1,6	<p>तारीख, जब कभी वह आती है, को दिन-माह-वर्ष के प्ररूप में दी जायेगी, जिसमें दिन को दो अंकों में, माह को दो अंकों में और वर्ष को चार अंकों में दिया जायेगा। जहाँ भी तारीख शब्दों में लिखी हों उसे पूरा लिखा जाना चाहिए जैसे-01-01-2023 को पहली जनवरी दो हजार तेईस लिखा जाएगा।</p> <p>यदि जन्म तिथि अज्ञात है, तो गोद लेने के आदेश या दस्तावेज (डीड) में दर्शाई गई जन्म तिथि को रिकार्ड करें, जैसा भी मामला हो।</p> <p>तिथि एवं अन्य संख्यात्मक प्रविष्टियों के रिकार्ड करने के लिए 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 के रूप में अंकों का प्रयोग करें।</p>																									
2	“पुरुष” या “महिला” या “ट्रांसजेन्डर व्यक्ति” संक्षिप्तीकरण का प्रयोग न करें।																									
3,4,5,7,8,13	नाम, जब कभी वह आता है, को (प्रथम नाम) (मध्य नाम) (अन्तिम नाम) के प्ररूप (Format) में दिया जायेगा, जहाँ पूरा नाम (संक्षिप्तीकरण नहीं) बड़े अक्षर (Capital Letter) में लिखा जाना चाहिए तथा पहला नाम अनिवार्य है। प्रथम नाम या मध्य नाम या अन्तिम नाम में से किसी एक में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए।																									
9,10,11,12,13	पता, जहाँ कहीं वह आता है, में राज्य या संघ राज्य क्षेत्र (सं०रा०क्षेत्र) का नाम, जिला, उप-जिला, शहर या गाँव, वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो), मोहल्ला, मकान संख्या और पिन कोड अंतर्विष्ट (Contain) होगा।																									
15,16	<p>शिक्षा का स्तर-इनमें से कोई एक लिखें:-</p> <table><tr><td>1. प्री-प्राइमरी</td><td>6. कक्षा-5</td><td>11. कक्षा-10</td><td>16. स्नातक/पूर्वस्नातक</td><td>21. औपचारिक शिक्षा के बिना साक्षर</td></tr><tr><td>2. कक्षा-1</td><td>7. कक्षा-6</td><td>12. कक्षा-11</td><td>17. स्नातकोत्तर डिप्लोमा</td><td>22. निरक्षर</td></tr><tr><td>3. कक्षा-2</td><td>8. कक्षा-7</td><td>13. कक्षा-12</td><td>18. मास्टर/स्नातकोत्तर</td><td></td></tr><tr><td>4. कक्षा-3</td><td>9. कक्षा-8</td><td>14. आई० टी० आई०</td><td>19. एम० फिल</td><td></td></tr><tr><td>5. कक्षा-4</td><td>10. कक्षा-9</td><td>15. डिप्लोमा/सर्टिफिकेट</td><td>20. डॉक्टरेट एवं उससे ऊपर</td><td></td></tr></table> <p>(शिक्षा का पूर्ण स्तर अंकित करें यथा:-यदि कक्षा सातवीं तक पढ़ाई किया गया है लेकिन केवल छठी कक्षा उत्तीर्ण किया गया है, तो कक्षा छः अंकित करें)</p>	1. प्री-प्राइमरी	6. कक्षा-5	11. कक्षा-10	16. स्नातक/पूर्वस्नातक	21. औपचारिक शिक्षा के बिना साक्षर	2. कक्षा-1	7. कक्षा-6	12. कक्षा-11	17. स्नातकोत्तर डिप्लोमा	22. निरक्षर	3. कक्षा-2	8. कक्षा-7	13. कक्षा-12	18. मास्टर/स्नातकोत्तर		4. कक्षा-3	9. कक्षा-8	14. आई० टी० आई०	19. एम० फिल		5. कक्षा-4	10. कक्षा-9	15. डिप्लोमा/सर्टिफिकेट	20. डॉक्टरेट एवं उससे ऊपर	
1. प्री-प्राइमरी	6. कक्षा-5	11. कक्षा-10	16. स्नातक/पूर्वस्नातक	21. औपचारिक शिक्षा के बिना साक्षर																						
2. कक्षा-1	7. कक्षा-6	12. कक्षा-11	17. स्नातकोत्तर डिप्लोमा	22. निरक्षर																						
3. कक्षा-2	8. कक्षा-7	13. कक्षा-12	18. मास्टर/स्नातकोत्तर																							
4. कक्षा-3	9. कक्षा-8	14. आई० टी० आई०	19. एम० फिल																							
5. कक्षा-4	10. कक्षा-9	15. डिप्लोमा/सर्टिफिकेट	20. डॉक्टरेट एवं उससे ऊपर																							
17,18	<p>व्यवसाय-निम्नलिखित में से कोई एक लिखें-</p> <ol style="list-style-type: none">कृषककृषि मजदूरीदैनिक वेतन भोगी (कृषि मजदूर के अलावा)एकल/पारिवारिक श्रमिक/स्वरोजगारनियोक्तासरकारी कर्मचारीनिजी कर्मचारी (घरेलू सहायक के अलावा)घरेलू सहायकगैर कार्यकर्ता																									

टिप्पणी:- जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) के तहत गोद लिए गए बच्चे के जन्म की घटना की सूचना (रिपोर्ट) के लिए सूचनादाता जिम्मेदार होगा। सूचनादाता को यह सुनिश्चित करना होगा कि गोद लिए गए बच्चे का जन्म रिपोर्ट फार्म में यथासंभव कोई भी प्रविष्टि खाली न छोड़ा जाय।

प्ररूप संख्या-2 (नियम 5 देखें) मृत्यु रिपोर्ट विधिक सूचना (निर्देश के लिए पीछे देखें) इस भाग को मृत्यु रजिस्ट्रार में जोड़ा जाएगा सूचनादाता द्वारा भरा जायेगा	प्ररूप संख्या-2 (नियम 5 देखें) मृत्यु रिपोर्ट सांख्यिकी सूचना (निर्देश के लिए पीछे देखें) इस भाग को अलग कर सांख्यिकी प्रशोधन के लिए भेजा जायेगा सूचनादाता द्वारा भरा जायेगा									
<p>1. मृत्यु की तारीख: </p> <p>2. मृतक का विवरणी:- (क) नाम (ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो)- (ग) जन्म तिथि (यदि उपलब्ध हो)- (घ) आयु (पूर्ण वर्षों में):- </p> <p>3. लिंग ('पुरुष' या 'महिला' या 'ट्रांसजेंडर व्यक्ति' लिखें):-</p> <p>4. माता का विवरणी:- (क) नाम- (ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो)- (ग) मोबाईल नं०- (घ) ईमेल आई० डी०- </p> <p>5. पिता का विवरणी:- (क) नाम- (ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो)- (ग) मोबाईल नं०- (घ) ईमेल आई० डी०- </p> <p>6. जीवनसाथी (पति/पत्नी) का विवरणी:- (क) नाम :- (ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):- (ग) जन्म तिथि (यदि उपलब्ध हो) :- (घ) आयु (पूर्ण वर्षों में):- (ङ) मोबाईल संख्या :- (च) ईमेल आई० डी० :- </p> <p>7. मृत्यु के समय मृतक का पता :- मोहल्ला- वार्ड नं० (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)- शहर/गाँव- उप-जिला- जिला- राज्य/सं०रा०क्षेत्र- पिनकोड- </p> <p>8. मृतक का स्थायी पता :- मोहल्ला- वार्ड नं० (शहर की स्थिति में और यदि उपलब्ध हो)- शहर/गाँव- उप-जिला- जिला- राज्य/सं०रा०क्षेत्र- पिनकोड- </p> <p>9. मृत्यु का स्थान:- (नीचे दिये गए उपयुक्त प्रविष्टि 1 या 2 या 3 चिह्नित करें एवं "अस्पताल/संस्थान" का नाम और पता या "घर" या "अन्य स्थान" का पता, जहाँ मृत्यु हुआ है, लिखें)। 1. अस्पताल/संस्थान- नाम- 2. घर 3. अन्य स्थान पता- मकान संख्या- मोहल्ला- वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)- शहर/गाँव- उप-जिला- जिला- राज्य/सं०रा०क्षेत्र- पिनकोड- </p> <p>10. सूचनादाता का विवरणी:- (क) नाम (ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) (ग) मोबाईल नं०- (घ) ईमेल आई०डी०- (ङ) पता- मोहल्ला- वार्ड नं० (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)- शहर/गाँव- उप-जिला- जिला- राज्य/सं०रा०क्षेत्र- पिनकोड- </p> <p>घोषणा- <input type="checkbox"/> मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार दी गयी सूचना सही है। मैं गलत सूचना प्रस्तुत करने के लिए जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दण्ड/जुर्माने से अवगत हूँ। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से प्रमाणीकरण पदचान के लिए आधार (वैध और अन्य सन्धि, लाम और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत भी सहमति देता हूँ। <input type="checkbox"/> मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार मृतक के आधार का विवरण उपलब्ध नहीं है। (1 से 21 तक सभी कॉलम पूरा करने के उपरान्त, सूचनादाता हस्ताक्षर और तिथि अंकित करेंगे।)</p> <p>दिनांक: </p> <p style="text-align: center;">सूचनादाता का हस्ताक्षर या बायें हाथ के अंगूठे का निशान रजिस्ट्रार द्वारा भरा जायेगा</p> <p>रजिस्ट्रीकरण संख्या: रजिस्ट्रीकरण तिथि:- रजिस्ट्रीकरण इकाई:- शहर/गाँव:- उप-जिला:- जिला:- अभियुक्ति (यदि हो):- मृत्यु का कारण (प्ररूप 4/4क के अनुसार):-</p> <p style="text-align: center;">रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर</p>	<p>11. मृतक के निवास का शहर या गाँव (सामान्यतः जहाँ मृतक निवास करता/करती है। यह मृत्यु के स्थान से भिन्न हो सकता है। उपयुक्त प्रविष्टि 'शहर' या गाँव को चिह्नित करें और उसका नाम अंकित करें। शहर या गाँव: उप-जिला: जिला: राज्य/संघ राज्य क्षेत्र: पिनकोड: </p> <p>12. धर्म [उपयुक्त धर्म अंकित करें 'हिन्दू' या 'मुस्लिम' या 'इसाई' या 'सिख' या 'बौद्ध' या 'जैन' या 'अन्य' (कृपया उल्लेख करें)]:-</p> <p>13. मृतक का व्यवसाय:-</p> <p>14. मृत्यु के पूर्व उपलब्ध चिकित्सा सहायता का प्रकार (नीचे उपयुक्त प्रविष्टि को चिह्नित करें):- 1. संस्थागत 2. संस्थान के अलावा अन्य चिकित्सा सहायता 3. कोई चिकित्सीय सहायता नहीं</p> <p>15. मृत्यु का कारण का चिकित्सीय प्रमाणीकरण हुआ था? (नीचे उपयुक्त प्रविष्टि को चिह्नित करें):- 1. हाँ 2. नहीं</p> <p>16. रोग का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण (सभी मृत्यु की दशा में चाहे वह चिकित्सीय प्रमाणित हो अथवा नहीं):-</p> <p>17. स्त्री की मृत्यु की दशा में, क्या मृत्यु गर्भावस्था, प्रसव के समय या गर्भावस्था की समाप्ति के 6 सप्ताह के भीतर हुई है (नीचे उपयुक्त प्रविष्टि को चिह्नित करें):- 1. हाँ 2. नहीं</p> <p>18. यदि धूम्रपान करने के आदी थे ? (कितने वर्षों से):-</p> <p>19. यदि किसी रूप में तम्बाकू (खैनी/सुरती) खाने के आदी थे ? (कितने वर्षों से):-</p> <p>20. यदि किसी रूप में सुपारी (कसैली) खाने के आदी थे ? (कितने वर्षों से):-</p> <p>21. यदि मद्यपान करने के आदी थे ? (कितने वर्षों से):-</p> <p style="text-align: center;">(कॉलम की प्रविष्टि पूर्ण हुई. अब बाईं ओर हस्ताक्षर अंकित करेंगे)</p> <p style="text-align: center;">रजिस्ट्रार द्वारा भरा जायेगा</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>जिला</th> <th>नाम</th> <th>वार्ड संख्या</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>उप-जिला</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>शहर/गाँव</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>रजिस्ट्रीकरण इकाई:- रजिस्ट्रीकरण संख्या: रजिस्ट्रीकरण तिथि: जन्म की तारीख: लिंग: पुरुष/महिला/ट्रांसजेंडर व्यक्ति मृत्यु का स्थान: 1. अस्पताल/संस्थान 2. मकान 3. अन्य स्थान</p> <p style="text-align: center;">रजिस्ट्रार का नाम और हस्ताक्षर</p>	जिला	नाम	वार्ड संख्या	उप-जिला			शहर/गाँव		
जिला	नाम	वार्ड संख्या								
उप-जिला										
शहर/गाँव										

प्ररूप-2 (मृत्यु रिपोर्ट) भरने हेतु निर्देश

मद संख्या	निर्देश
1	तारीख, जब कभी वह आती है, को दिन-माह-वर्ष के प्ररूप में दी जायेगी, जिसमें दिन को दो अंकों में, माह को दो अंकों में और वर्ष को चार अंकों में दिया जायेगा। जहाँ भी तारीख शब्दों में लिखी हों उसे पूरा लिखा जाना चाहिए जैसे-01-01-2023 को पहली जनवरी दो हजार तेईस लिखा जाएगा तिथि एवं अन्य संख्यात्मक प्रविष्टियों के रिकार्ड करने के लिए 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 के रूप में अंकों का प्रयोग करें।
2,4,5,6,10	नाम, जब कभी वह आता है, को (प्रथम नाम) (मध्य नाम) (अन्तिम नाम) के प्ररूप (Format) में दिया जायेगा, जहाँ पूरा नाम (संक्षिप्तीकरण नहीं) बड़े अक्षर (Capital Letter) में लिखा जाना चाहिए तथा पहला नाम अनिवार्य है। प्रथम नाम या मध्य नाम या अन्तिम नाम में से किसी एक में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए।
3	“पुरुष” या “महिला” या “ट्रांसजेन्डर व्यक्ति” लिखें, संक्षिप्तीकरण का प्रयोग न करें।
2घ	यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से अधिक हो, तो उम्र पूरे वर्षों में, यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से कम हो, तो उम्र महिनों में और यदि आयु 1 महिने से कम हो, तो उम्र दिनों में तथा यदि आयु 1 दिन से कम हो, तो उम्र घण्टों में दें।
7,8,9,10	पता, जहाँ कहीं वह आता है, में राज्य या संघ राज्य क्षेत्र (सं०रा०क्षे०) का नाम, जिला, उप-जिला, शहर या गाँव, वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो), मोहल्ला, मकान संख्या और पिन कोड अंतर्विष्ट (Contain) होगा।
9	मृत्यु का स्थान के लिए (सही प्रविष्टि को चिन्हित करें) 1. अस्पताल/संस्थान 2. घर 3. अन्य स्थान (“अस्पताल/संस्थान” का नाम और पता या “घर” या “अन्य जगह” का पता, जहाँ मृत्यु हुआ है, लिखें।)
11	मृतक के निवास का शहर या गाँव:- सामान्यतः जहाँ मृतक निवास करता/करती है। यह मृत्यु के स्थान से भिन्न हो सकता है। घर का पता अंकित करना आवश्यक नहीं है।
13	व्यवसाय-निम्नलिखित में से कोई एक लिखें:- 1. कृषक 2. कृषि मजदूर 3. दैनिक वेतन भोगी (कृषि मजदूर के अलावा) 4. एकल/पारिवारिक श्रमिक/स्व-रोजगार 5. नियोक्ता 6. सरकारी कर्मचारी 7. निजी कर्मचारी (घरेलू सहायक के अलावा) 8. घरेलू सहायक 9. गैर-कार्यकर्ता

नोट:- सूचनादाता को यह सुनिश्चित करना होगा कि मृत्यु रिपोर्ट फार्म में यथासंभव कोई भी प्रविष्टि खाली न छोड़ा जाय।

प्ररूप सं० 3
(नियम 5 देखें)
मृत-जन्म रिपोर्ट
सांख्यिकीय सूचना
(निर्देश के लिए पीछे देखें)

सूचनादाता द्वारा भरा जायेगा		सूचनादाता द्वारा भरा जायेगा							
<p>1. जन्म की तारीख:- </p> <p>2. लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" लिखें):-</p> <p>3. पिता का विवरणी:- (क) नाम :- (ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) : (ग) मोबाईल संख्या : (घ) ईमेल आई० डी०: </p> <p>4. माता की विवरणी:- (क) नाम :- (ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) : (ग) मोबाईल संख्या : (घ) ईमेल आई० डी०: </p> <p>5. जन्म का स्थान- (नीचे दिये गए उपयुक्त प्रविष्टि 1 या 2 या 3 चिह्नित करें एवं "अस्पताल/संस्थान" का नाम और पता या "घर" या "अन्य स्थान", का पता, जहाँ जन्म हुआ है, लिखें)। 1. अस्पताल/संस्थान- नाम:- 2. घर 3. अन्य स्थान पता:- मकान संख्या:- मोहल्ला- वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)- शहर/गाँव- उप-जिला- जिला- राज्य/सं०रा०क्षेत्र- पिन कोड- </p> <p>6. सूचनादाता का विवरणी:- (क) नाम :- (ख) आधार संख्या (अगर उपलब्ध हो) : (ग) मोबाईल संख्या : (घ) ईमेल आई० डी०: (ङ) पता- मकान संख्या- मोहल्ला- वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो) - शहर/गाँव- उप-जिला- जिला- राज्य/सं०रा०क्षेत्र- पिन कोड- </p> <p>घोषणा- <input type="checkbox"/> मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार दी गयी सूचना सही है। मैं गलत सूचना प्रस्तुत करने के लिए जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दण्ड/जुर्माने से अवगत हूँ। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से प्रमाणीकरण पहचान के लिए आधार (वित्तीय और अन्य सन्निधि, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत भी सहमति देता हूँ। (1 से 12 सभी कॉलम पूरा करने के उपरांत, सूचनादाता हस्ताक्षर और तिथि अंकित करेंगे) तिथि: </p> <p style="text-align: center;">सूचनादाता का हस्ताक्षर अथवा अँगूठे का निशान</p>	<p>7. माता के निवास का शहर या गाँव:- (सामान्यतः जहाँ माता निवास करती है। यह प्रसव के स्थान से भिन्न हो सकता है। नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि "शहर" या "गाँव" को चिह्नित करें एवं उसका नाम अंकित करें)। शहर या गाँव:- उप-जिला- जिला- राज्य/संघ राज्य क्षेत्र- पिन कोड- </p> <p>8. प्रसव के समय माता की आयु (पूरे वर्ष में):-</p> <p>9. माता की शिक्षा का स्तर:-</p> <p>10. प्रसव के समय परिचर्या का प्रकार (नीचे अंकित उपयुक्त प्रविष्टि चिह्नित करें):- 1. संस्थागत-सरकारी 2. संस्थागत-निजी या गैर सरकारी 3. चिकित्सक, नर्स, या प्रशिक्षित दाई 4. पारम्परिक प्रसाविका 5. रिस्तेदार या अन्य</p> <p>11. गर्भावस्था की अवधि (सप्ताहों में):-</p> <p>12. भ्रूण मृत्यु का कारण (यदि ज्ञात हो):-</p> <p style="text-align: center;">(एक से अधिक जन्म के मामलों में, प्रत्येक बच्चे के लिये अलग फार्म भरें और नीचे दिए गए बॉय और गैरबॉय के अभियुक्ति कॉलम में, जैसा भी मामला हो, "जुड़वा" या "तिररा" का उल्लेख करें)</p> <p style="text-align: center;">(कॉलम की प्रविष्टि पूर्ण हुई, अब बाईं ओर हस्ताक्षर अंकित करेंगे)</p>								
रजिस्ट्रार द्वारा भरा जायेगा		रजिस्ट्रार द्वारा भरा जायेगा							
<p>रजिस्ट्रीकरण संख्या:-</p> <p>रजिस्ट्रीकरण तिथि:- </p> <p>रजिस्ट्रीकरण इकाई:- शहर/गाँव- उप-जिला- जिला- अभियुक्ति (यदि हो):-</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">नाम</th> <th style="width: 50%;">कोड संख्या</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>जिला</td> <td></td> </tr> <tr> <td>उप-जिला</td> <td></td> </tr> <tr> <td>शहर/गाँव</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>रजिस्ट्रीकरण इकाई:- रजिस्ट्रीकरण संस्था:- रजिस्ट्रीकरण तिथि: </p> <p>जन्म की तारीख:- लिंग:- पुरुष/महिला/ट्रांसजेंडर व्यक्ति</p> <p>जन्म का स्थान-1. अस्पताल/संस्थान 2. घर 3. अन्य स्थान</p> <p style="text-align: center;">रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर</p>	नाम	कोड संख्या	जिला		उप-जिला		शहर/गाँव	
नाम	कोड संख्या								
जिला									
उप-जिला									
शहर/गाँव									

प्ररूप-3 (मृत-जन्म रिपोर्ट) भरने हेतु निर्देश

मद संख्या	निर्देश																									
1	तारीख, जब कभी वह आती है, को दिन-माह-वर्ष के प्ररूप में दी जायेगी, जिसमें दिन को दो अंकों में, माह को दो अंकों में और वर्ष को चार अंकों में दिया जायेगा। जहाँ भी तारीख शब्दों में लिखी हो उसे पूरा लिखा जाना चाहिए जैसे-01-01-2023 को पहली जनवरी दो हजार तेईस लिखा जाएगा। तिथि एवं अन्य संख्यात्मक प्रविष्टियों के रिकार्ड करने के लिए 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 के रूप में अंकों का प्रयोग करें।																									
2	"पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेन्डर व्यक्ति" लिखें, संक्षिप्तीकरण का प्रयोग न करें।																									
3,4,6	नाम, जब कभी वह आता है, को (प्रथम नाम) (मध्य नाम) (अन्तिम नाम) के प्ररूप (Format) में दिया जायेगा, जहाँ पूरा नाम (संक्षिप्तीकरण नहीं) बड़े अक्षर (Capital Letter) में लिखा जाना चाहिए तथा पहला नाम अनिवार्य है। प्रथम नाम या मध्य नाम या अन्तिम नाम में से किसी एक में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए।																									
5,6	पता, जहाँ कहीं वह आता है, में राज्य या संघ राज्य क्षेत्र (सं०रा०क्षेत्र) का नाम, जिला, उप-जिला, शहर या गाँव, वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो), मोहल्ला, मकान संख्या और पिन कोड अंतर्विष्ट (Contain) होगा।																									
5	जन्म का स्थान के लिए (सही प्रविष्टि को चिन्हित करें):- 1. अस्पताल/संस्थान 2. घर 3. अन्य स्थान ("अस्पताल/संस्थान" का नाम और पता या "घर" या "अन्य जगह" का पता, जहाँ जन्म हुआ है, लिखें।)																									
7	माता के निवास का शहर या गाँव:- सामान्यतः जहाँ माता निवास करती है। यह प्रसव के स्थान से भिन्न हो सकता है। घर का पता अंकित करना आवश्यक नहीं है।																									
9	शिक्षा का स्तर-इनमें से कोई एक लिखें:- <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>1. प्री-प्राइमरी</td><td>6. कक्षा-5</td><td>11. कक्षा-10</td><td>16. स्नातक/पूर्वस्नातक</td><td>21. औपचारिक शिक्षा के बिना साक्षर</td></tr> <tr> <td>2. कक्षा-1</td><td>7. कक्षा-6</td><td>12. कक्षा-11</td><td>17. स्नातकोत्तर डिप्लोमा</td><td>22. निरक्षर</td></tr> <tr> <td>3. कक्षा-2</td><td>8. कक्षा-7</td><td>13. कक्षा-12</td><td>18. मास्टर/स्नातकोत्तर</td><td></td></tr> <tr> <td>4. कक्षा-3</td><td>9. कक्षा-8</td><td>14. आई० टी० आई०</td><td>19. एम० फिल</td><td></td></tr> <tr> <td>5. कक्षा-4</td><td>10. कक्षा-9</td><td>15. डिप्लोमा/सर्टिफिकेट</td><td>20. डॉक्टरेट एवं उससे ऊपर</td><td></td></tr> </table> (शिक्षा का पूर्ण स्तर अंकित करें यथा:- यदि कक्षा सातवीं तक पढ़ाई किया गया है लेकिन केवल छठी कक्षा उत्तीर्ण किया गया है, तो कक्षा छः अंकित करें)	1. प्री-प्राइमरी	6. कक्षा-5	11. कक्षा-10	16. स्नातक/पूर्वस्नातक	21. औपचारिक शिक्षा के बिना साक्षर	2. कक्षा-1	7. कक्षा-6	12. कक्षा-11	17. स्नातकोत्तर डिप्लोमा	22. निरक्षर	3. कक्षा-2	8. कक्षा-7	13. कक्षा-12	18. मास्टर/स्नातकोत्तर		4. कक्षा-3	9. कक्षा-8	14. आई० टी० आई०	19. एम० फिल		5. कक्षा-4	10. कक्षा-9	15. डिप्लोमा/सर्टिफिकेट	20. डॉक्टरेट एवं उससे ऊपर	
1. प्री-प्राइमरी	6. कक्षा-5	11. कक्षा-10	16. स्नातक/पूर्वस्नातक	21. औपचारिक शिक्षा के बिना साक्षर																						
2. कक्षा-1	7. कक्षा-6	12. कक्षा-11	17. स्नातकोत्तर डिप्लोमा	22. निरक्षर																						
3. कक्षा-2	8. कक्षा-7	13. कक्षा-12	18. मास्टर/स्नातकोत्तर																							
4. कक्षा-3	9. कक्षा-8	14. आई० टी० आई०	19. एम० फिल																							
5. कक्षा-4	10. कक्षा-9	15. डिप्लोमा/सर्टिफिकेट	20. डॉक्टरेट एवं उससे ऊपर																							
12	भ्रूण मृत्यु का कारण- इनमें से कोई एक लिखें:- <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>1. Bleeding (Hemorrhage)</td><td>7. Diabetes in the mother</td><td>13. Infection in the mother Parvovirus B19</td></tr> <tr> <td>2. Problems with Placental</td><td>8. Infection in the mother Coxsackie virus</td><td>14. Infection in the mother Q fever</td></tr> <tr> <td>3. Problem with umbilical cord</td><td>9. Infection in the mother Herpes simplex</td><td>15. Infection in the mother Rubella (German measles)</td></tr> <tr> <td>4. Pre-eclampsia</td><td>10. Infection in the mother Leptospirosis</td><td>16. Infection in the mother Flu</td></tr> <tr> <td>5. Genetic physical defect in the baby</td><td>11. Infection in the mother Lyme disease</td><td>17. Infection in the mother Toxoplasmosis</td></tr> <tr> <td>6. Liver disorder in the mother (obstetric cholestas)</td><td>12. Infection in the mother Malaria</td><td>18. Not stated</td></tr> </table>	1. Bleeding (Hemorrhage)	7. Diabetes in the mother	13. Infection in the mother Parvovirus B19	2. Problems with Placental	8. Infection in the mother Coxsackie virus	14. Infection in the mother Q fever	3. Problem with umbilical cord	9. Infection in the mother Herpes simplex	15. Infection in the mother Rubella (German measles)	4. Pre-eclampsia	10. Infection in the mother Leptospirosis	16. Infection in the mother Flu	5. Genetic physical defect in the baby	11. Infection in the mother Lyme disease	17. Infection in the mother Toxoplasmosis	6. Liver disorder in the mother (obstetric cholestas)	12. Infection in the mother Malaria	18. Not stated							
1. Bleeding (Hemorrhage)	7. Diabetes in the mother	13. Infection in the mother Parvovirus B19																								
2. Problems with Placental	8. Infection in the mother Coxsackie virus	14. Infection in the mother Q fever																								
3. Problem with umbilical cord	9. Infection in the mother Herpes simplex	15. Infection in the mother Rubella (German measles)																								
4. Pre-eclampsia	10. Infection in the mother Leptospirosis	16. Infection in the mother Flu																								
5. Genetic physical defect in the baby	11. Infection in the mother Lyme disease	17. Infection in the mother Toxoplasmosis																								
6. Liver disorder in the mother (obstetric cholestas)	12. Infection in the mother Malaria	18. Not stated																								

नोट:- सूचनादाता को यह सुनिश्चित करना होगा कि मृत-जन्म रिपोर्ट फार्म में यथासंभव कोई भी प्रविष्टि खाली न छोड़ा जाय।

प्ररूप सं. 4

(नियम 7 देखें)

मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाण-पत्र

(अन्तः अस्पताल रोगियों के लिए, मृत जन्म के लिए उपयोग नहीं किया जाए)

प्ररूप संख्या: 2 (मृत्यु रिपोर्ट) के साथ रजिस्ट्रार को भेजा जाए

इस प्रमाण-पत्र की एक प्रति निकटतम रिश्तेदार को प्रदान की जाएगी

अस्पताल का नाम

मैं प्रमाणित करता हूँ कि जिस व्यक्ति का विवरण नीचे दिया गया है, उसकी मृत्यु अस्पताल के वार्ड संख्या में दिनांक को

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

 बजे पूर्वाह्न/अपराह्न में हुई है।

मृतक का नाम	प्रथम	मध्य नाम	अन्तिम नाम		
लिंग	मृत्यु के समय आयु				सांख्यिकी कार्यालय के उपयोग के लिए
	यदि आयु 1 या अधिक वर्ष हो, तो आयु पूरे वर्षों में	यदि आयु 1 वर्ष से कम हो, तो आयु महिनों में	यदि आयु 1 महिने से कम हो, तो आयु दिनों में	यदि आयु 1 दिन से कम हो, तो आयु घण्टों में	
1. पुरुष 2. स्त्री 3. ट्रांसजेंडर व्यक्ति					
मृत्यु का कारण:- I तात्कालिक कारण:- उस बीमारी, चोट या उलझन को बताएं, जिसकी वजह से मृत्यु हुई, न की मृत्यु का कारण, उदाहरण के लिए:- हृदपात (दिल का दौरा), शक्तिक्षीणता (कमजोरी) इत्यादि। पूर्ववर्ती कारण:- रोगग्रस्त/विकृत दशा, जो उपरोक्त कारणों को बढ़ावा देती है, अंतिम अन्तर्निहित स्थितियों को बतायें। II मृत्यु के लिए अन्य कोई महत्वपूर्ण स्थिति जिसका उस बीमारी या हालत से कोई संबंध नहीं हो जिसके कारण मृत्यु हुई हो।		(क) के कारण (या के परिणाम स्वरूप) (ख) के कारण (या के परिणाम स्वरूप) (ग)		बीमारी की शुरुआत और मृत्यु के बीच अनुमानित अन्तराल	

मृत्यु का प्रकार

क्षति/चोट कैसे हुई ?

1. प्राकृतिक 2. दुर्घटना 3. आत्महत्या 4. मानव हत्या 5. लम्बित अनुसंधान

यदि मृतक महिला थी, क्या मृत्यु गर्भावस्था में हुई है?

(1) हाँ 2) नहीं

यदि हाँ, तो क्या कोई प्रसव हुआ था ?

(1) हाँ 2) नहीं

मृत्यु का कारण को प्रमाणित करने वाले चिकित्सा अधिकारी का नाम
और हस्ताक्षर

सत्यापन की तारीख

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

अनुदेशों के लिए विपरीत देखें।

मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाण-पत्र

प्ररूप भरने के लिए निर्देश

मृतक का नाम:— [प्रथम नाम] [मध्य नाम] [अंतिम नाम] के प्ररूप में दिया जाना है जहाँ पूरा नाम (संक्षिप्तीकरण नहीं) बड़े अक्षरों में लिखा जायेगा और पहला नाम अनिवार्य है। [प्रथम नाम] या [मध्य नाम] या [अंतिम नाम] में कम से कम दो अक्षर होना चाहिए। यदि मृतक एक शिशु है, मृत्यु के समय नाम नहीं रखा गया है, उसे खाली छोड़ें।

आयु:— यदि मृतक की आयु एक वर्ष या अधिक है तो आयु पूर्ण वर्षों में लिखें। यदि एक वर्ष से कम है तो आयु महिनो में लिखें, यदि एक महिने से कम हो, तो पूर्ण किये गये दिनो में दें, और यदि एक दिन से कम है तो घंटों में आयु लिखें।

मृत्यु का कारण:— प्ररूप के इस भाग को चिकित्सा कर रहे चिकित्सक द्वारा स्वयं भरा जाना चाहिए।

मृत्यु के कारण का प्रमाण-पत्र दो भागों में विभाजित किया गया है, भाग I और भाग II. भाग I को पुनः तीन भागों में, अर्थात् पंक्ति (क), (ख) और (ग) में विभाजित किया गया है। यदि एक रोगग्रस्त/विकृत दशा से ही मृत्यु का कारण स्पष्ट हो जाता है तो वह भाग I की पंक्ति (क) पर लिखा जाएगा और भाग I या भाग II में और कुछ लिखने की आवश्यकता नहीं होगी। उदाहरणार्थ चेचक (smallpox), पालियुक्त निमोनिया (lobar pneumonia), हृदय बेरी-बेरी (cardiac beriberi) आदि मृत्यु के पर्याप्त कारण हैं और सामान्यतः इससे ज्यादा अंकित करने की आवश्यकता नहीं है।

तथापि अक्सर, मृत्यु के समय कई विकृत दशाएँ विद्यमान हो सकती हैं और तब चिकित्सक को, प्रमाण-पत्र सही विधि से भरना चाहिए ताकि सही अन्तर्निहित कारण निकाला जा सके। सर्वप्रथम मृत्यु के तात्कालिक कारण को भाग I (क) में अंकित कीजिए। इसका इस बात से कोई सम्बन्ध नहीं है कि मृत्यु कैसे हुई, अर्थात् हृदयगति का अवरोध, श्वसन क्रिया में अवरोध आदि। ये बातें प्रमाणपत्र में बिल्कुल नहीं लिखी जानी चाहिए क्योंकि वे मृत्यु की प्रक्रियाएँ हैं न कि मृत्यु का कारण। तत्पश्चात् उन कारणों को लें जहाँ मृत्यु का तात्कालिक कारण पेचिदा हो या कुछ अन्य कारणों का दूरगामी परिणाम हो, यदि वैसा हो तो पूर्ववर्ती कारण को भाग I की पंक्ति (ख) में अंकित कीजिए। कभी-कभी मृत्यु की घटनाओं के तीन स्तर की प्रक्रियाएँ होंगी। यदि वैसा हो, तो पंक्ति (ग) पूरे की जानी चाहिए। सांख्यिकीयन किए जाने वाले मूल कारण हमेशा भाग I के अन्त में अंकित जाना चाहिए।

ऐसी रोग ग्रस्त/विकृत दशाएँ या चोट जो घटित घटनाओं के सिलसिले में मृत्यु के कारण से सीधे संबंधित नहीं थी, लेकिन दुर्भाग्यवश मृत्यु का कारण बनी। कभी-कभी चिकित्सक के लिए यह विनिश्चय करना कठिन हो जाता है, विशेषतया शिशु-मृत्युओं के मामलों में, कि कई पृथक दशाओं में से मृत्यु का मुख्य कारण कौन सी दशा है किन्तु केवल एक ही कारण देना होता है अतः चिकित्सक को कारण विनिश्चित करना चाहिए। यदि अन्य रोग मूल कारण का परिणाम नहीं है तो वे भाग II में प्रविष्ट किए जाएंगे।

एक ही पंक्ति में दो या दो से अधिक शर्तें/कारण न लिखें। कृपया प्रमाण-पत्रों में बीमारियों का नाम (पूरे) यथासंभव सुपाठ्य रूप से लिखें ताकि उनके गलत पढ़े जाने के जोखिम से बचा जा सके।

प्रारम्भ:— जहाँ तक सम्भव हो, बीमारी की शुरुआत और मृत्यु के बीच अनुमानित अन्तराल का स्तम्भ (कॉलम) पूरा भरिए, भले ही उसे लगभग रूप में भरिए, जैसा कि 'जन्म से', कई वर्षों से'।

दुर्घटना या हिंसा से हुई मृत्यु:— चोट का बाह्य कारण और चोट का स्वरूप दोनों आवश्यक हैं और उनका वर्णन किया जाना चाहिए। चिकित्सक या अस्पताल को चोट का वर्णन करना चाहिए। यह वर्णन किया जाना चाहिए कि शरीर के किस भाग को चोट/क्षति पहुंची है, और यदि दर्शाया गया है तो बाह्य कारण का पूर्णतया उल्लेख किया जाए। उदाहरण:— 1 (क) हाइपोस्टेटिक निमोनिया, (ख) गर्दन की हड्डी का टूटना (ग) घर से सीढ़ी से गिरना।

मातृ-मृत्यु:— गर्भावस्था और प्रसव सम्बन्धी प्रश्नों का उत्तर हेतु आश्वस्त हो लें। यह सूचना गर्भधारण करने योग्य आयु की सभी स्त्रियों के लिए आवश्यक है, चाहे गर्भ का मृत्यु से कोई सम्बन्ध न रहा हो।

वृद्धावस्था या वृद्धत्व:— यदि कोई अधिक विशिष्ट कारण ज्ञात हो तो वृद्धावस्था (या वृद्धत्व) को मृत्यु का कारण नहीं बताया जाना चाहिए। यदि मृत्यु के कारण के रूप में वृद्धावस्था का योगदान हो तो उसका उल्लेख भाग II में किया जाना चाहिए।

उदाहरण:- (क) पुराना ब्रोंकाइटिस (खांसी), II – वृद्धावस्था।

सूचना की पूर्णता:- रोगी का पूर्ण विवरण (case history) की आवश्यकता नहीं है, किन्तु यदि जानकारी उपलब्ध है, तो यथेष्ट कारणों को उचित रूप में वर्गीकृत करने के लिए पर्याप्त ब्यौरा दिया जाना चाहिए।

उदाहरण-रक्तक्षीणता-यदि ज्ञात हो तो, रक्तक्षीणता का प्रकार बताइए। यदि ज्ञात हो, **नवद्रव्य (Neoplasm)-** सूचित करें कि शुरुआत है या असाध्य है और जब भी संभव हो, प्राथमिक नवद्रव्य के स्थान के साथ साइट का पता लगाएं, **हृदय रोग-** स्थिति का विशेष रूप से वर्णन कीजिए, यदि रक्ताधिक्य हृदय गति रुकना (congestive heart failure), फेफड़े का पुराना रोग (chronic on pulmonale) आदि का उल्लेख है, तो पूर्ववर्ती दशाओं का वर्णन कीजिए। **टिटनेस-** पूर्ववर्ती चोट का वर्णन कीजिए, यदि ज्ञात हो। **शल्य क्रिया (ऑपरेशन)-** वह स्थिति का वर्णन कीजिए, जिसके कारण शल्य क्रिया किया गया है। **अतिसार (पेचिश)-** विनिर्दिष्ट कीजिए कि वह अमाशा (बेसीलियरी) है या अमीबी आदि, यदि ज्ञात हो। **गर्भावस्था या प्रसव की जटिलताएँ -** जटिलता का विशेष रूप से वर्णन कीजिए। **यक्ष्मा (टी.बी.)-** प्रभावित अंगों का नाम दीजिए।

लाक्षणिक कथन:- ऐठन, अतिसार (दस्त की बीमारी), ज्वर, एसाइटीस, पीलिया, दुर्बलता आदि ऐसे लक्षण हैं जो कई विभिन्न दशाओं में से किसी एक के कारण विद्यमान हो सकते हैं। कभी-कभी इससे अधिक कुछ ज्ञात नहीं होता है, किन्तु यदि सम्भव हो, तो उस रोग का नाम दीजिए जिससे वह लक्षण उत्पन्न हुआ है।

मृत्यु का प्रकार:- यदि मृत्यु बिना बाह्य कारण है तो इसको प्राकृतिक (सामान्य) मृत्यु अंकित किया जाए। यदि मृत्यु का कारण ज्ञात हो परन्तु यह जानकारी नहीं हो कि मृत्यु, दुर्घटना, आत्महत्या या मानव द्वारा हत्या से है तथा यह आगे अनुसंधान का विषय है तो मृत्यु के कारण अपरिवर्तनीय रूप से अंकित किया जाए और मृत्यु की रीति को 'लम्बित अनुसंधान' के रूप में दर्शाया जाए।

जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 10(2) के प्रावधानों के अनुसार मृत्यु के कारण का एक प्रमाण-पत्र रजिस्ट्रार को दिया जायेगा और उसकी एक प्रति मृतक के निकटतम रिश्तेदार को दी जायेगी।

प्ररूप सं. 4क
(नियम 7 देखें)

मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाण-पत्र

(गैर संस्थागत मृत्यु के लिए, मृत-जन्म के लिए उपयोग नहीं किया जाए)

(जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) के तहत मृत्यु से संबंधित सूचना प्ररूप-2 (मृत्यु रिपोर्ट) के साथ रजिस्ट्रार को देने हेतु संबंधित व्यक्ति को दिया जाना है)

मैं एतद् द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि मृतक श्री/श्रीमती/कुमारीपुत्र/पत्नी/पुत्री.....
निवासीदिनांक-..... सेतक मेरे उपचाराधीन
था/थी और उनकी मृत्यु दिनांक-..... कोबजे पूर्वाह्न/अपराह्न में हुई।

मृतक का नाम	प्रथम नाम	मध्य नाम	अन्तिम नाम		
लिंग	मृत्यु के समय आयु				सांख्यिकी कार्यालय के उपयोग के लिए
	यदि आयु 1 या अधिक वर्ष हो, तो आयु पूरे वर्षों में	यदि आयु 1 वर्ष से कम हो, तो आयु महिनों में	यदि आयु 1 महीने से कम हो, तो आयु दिनों में	यदि आयु 1 दिन से कम हो, तो आयु घण्टों में	
1. पुरुष 2. स्त्री 3. ट्रांसजेंडर व्यक्ति					
मृत्यु का कारण:- I तात्कालिक कारण:- उस बीमारी, चोट या उलझन को बताएं, जिसकी वजह से मृत्यु हुई, न की मृत्यु का कारण, उदाहरण के लिए:- हृदपात (दिल का दौरा), शक्तिक्षीणता (कमजोरी) इत्यादि। पूर्ववर्ती कारण:- रोगग्रस्त/विकृत दशा, जो उपरोक्त कारणों को बढ़ावा देती है, अंतिम अन्तर्निहित स्थितियों को बतायें। II मृत्यु के लिए अन्य कोई महत्वपूर्ण स्थिति जिसका उस बीमारी या हालत से कोई संबंध नहीं हो जिसके कारण मृत्यु हुई हो।		(क) के कारण (या के परिणाम स्वरूप) (ख) के कारण (या के परिणाम स्वरूप) (ग)		बीमारी की शुरुआत और मृत्यु के बीच अनुमानित अन्तराल	

यदि मृतक महिला थी, क्या मृत्यु गर्भावस्था में हुई है? (1) हाँ 2) नहीं

यदि हाँ, तो क्या कोई प्रसव हुआ था ? (1) हाँ 2) नहीं

मृत्यु का कारण को प्रमाणित करने वाले चिकित्सा अधिकारी का नाम
और हस्ताक्षर

सत्यापन की तारीख

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

अनुदेशों के लिए विपरीत देखें।

मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाण—पत्र

प्ररूप भरने के लिए निर्देश

मृतक का नाम:— [प्रथम नाम] [मध्य नाम] [अंतिम नाम] के प्ररूप में दिया जाना है जहाँ पूरा नाम (संक्षिप्तीकरण नहीं) बड़े अक्षरों में लिखा जायेगा और पहला नाम अनिवार्य है। [प्रथम नाम] या [मध्य नाम] या [अंतिम नाम] में कम से कम दो अक्षर होना चाहिए। यदि मृतक एक शिशु है, मृत्यु के समय नाम नहीं रखा गया है, उसे खाली छोड़ें।

आयु:— यदि मृतक की आयु एक वर्ष या अधिक है तो आयु पूर्ण वर्षों में लिखें। यदि एक वर्ष से कम है तो आयु महिनो में लिखें, यदि एक महिने से कम हो, तो पूर्ण किये गये दिनो में दें, और यदि एक दिन से कम है तो घंटों में आयु लिखें।

मृत्यु का कारण:— प्ररूप के इस भाग को चिकित्सा कर रहे चिकित्सक द्वारा स्वयं भरा जाना चाहिए।

मृत्यु के कारण का प्रमाण—पत्र दो भागों में विभाजित किया गया है, भाग I और भाग II. भाग I को पुनः तीन भागों में, अर्थात् पंक्ति (क), (ख) और (ग) में विभाजित किया गया है। यदि एक रोगग्रस्त/विकृत दशा से ही मृत्यु का कारण स्पष्ट हो जाता है तो वह भाग I की पंक्ति (क) पर लिखा जाएगा और भाग I या भाग II में और कुछ लिखने की आवश्यकता नहीं होगी। उदाहरणार्थ चेचक (smallpox), पालियुक्त निमोनिया (lobar pneumonia), हृदय बेरी-बेरी (cardiac beriberi) आदि मृत्यु के पर्याप्त कारण हैं और सामान्यतः इससे ज्यादा अंकित करने की आवश्यकता नहीं है।

तथापि, अक्सर, मृत्यु के समय कई विकृत दशाएँ विद्यमान हो सकती हैं और तब चिकित्सक को, प्रमाण—पत्र सही विधि से भरना चाहिए ताकि सही अन्तर्निहित कारण निकाला जा सके। सर्वप्रथम मृत्यु के तात्कालिक कारण को भाग I (क) में अंकित कीजिए। इसका इस बात से कोई सम्बन्ध नहीं है कि मृत्यु कैसे हुई, अर्थात् हृदयगति का अवरोध, श्वसन क्रिया में अवरोध आदि। ये बातें प्रमाणपत्र में बिल्कुल नहीं लिखी जानी चाहिए क्योंकि वे मृत्यु की प्रक्रियाएँ हैं न कि मृत्यु का कारण। तत्पश्चात् उन कारणों को लें जहाँ मृत्यु का तात्कालिक कारण पेचिदा हो या कुछ अन्य कारणों का दूरगामी परिणाम हो, यदि वैसा हो तो पूर्ववर्ती कारण को भाग I की पंक्ति (ख) में अंकित कीजिए। कभी-कभी मृत्यु की घटनाओं के तीन स्तर की प्रक्रियाएँ होंगी। यदि वैसा हो, तो पंक्ति (ग) पूरे की जानी चाहिए। सारणीयन किए जाने वाले मूल कारण हमेशा भाग I के अन्त में अंकित जाना चाहिए।

ऐसी रोग ग्रस्त/विकृत दशाएँ या चोट जो घटित घटनाओं के सिलसिले में मृत्यु के कारण से सीधे संबंधित नहीं थी, लेकिन दुर्भाग्यवश मृत्यु का कारण बनी। कभी-कभी चिकित्सक के लिए यह विनिश्चय करना कठिन हो जाता है, विशेषतया शिशु-मृत्युओं के मामलों में, कि कई पृथक दशाओं में से मृत्यु का मुख्य कारण कौन सी दशा है किन्तु केवल एक ही कारण देना होता है अतः चिकित्सक को कारण विनिश्चित करना चाहिए। यदि अन्य रोग मूल कारण का परिणाम नहीं है तो वे भाग II में प्रविष्ट किए जाएंगे।

एक ही पंक्ति में दो या दो से अधिक शर्तें/कारण न लिखें। कृपया प्रमाण—पत्रों में बीमारियों का नाम (पूरे) यथासंभव सुपाठ्य रूप से लिखें ताकि उनके गलत पढ़े जाने के जोखिम से बचा जा सके।

प्रारम्भ:— जहाँ तक सम्भव हो, बीमारी की शुरुआत और मृत्यु के बीच अनुमानित अन्तराल का स्तम्भ (कॉलम) पूरा भरिए, भले ही उसे लगभग रूप में भरिए, जैसा कि 'जन्म से', कई वर्षों से'।

दुर्घटना या हिंसा से हुई मृत्यु:— चोट का बाह्य कारण और चोट का स्वरूप दोनों आवश्यक हैं और उनका वर्णन किया जाना चाहिए। चिकित्सक या अस्पताल को चोट का वर्णन करना चाहिए। यह वर्णन किया जाना चाहिए कि शरीर के किस भाग को चोट/क्षति पहुंची है, और यदि दर्शाया गया है तो बाह्य कारण का पूर्णतया उल्लेख किया जाए। उदाहरण:— 1 (क) हाइपोस्टेटिक निमोनिया, (ख) गर्दन की हड्डी का टूटना (ग) घर से सीढ़ी से गिरना।

मातृ-मृत्यु:— गर्भावस्था और प्रसव सम्बन्धी प्रश्नों का उत्तर हेतु आश्वस्त हो लें। यह सूचना गर्भधारण करने योग्य आयु की सभी स्त्रियों के लिए आवश्यक है, चाहे गर्भ का मृत्यु से कोई सम्बन्ध न रहा हो।

वृद्धावस्था या वृद्धत्व:— यदि कोई अधिक विशिष्ट कारण ज्ञात हो तो वृद्धावस्था (या वृद्धत्व) को मृत्यु का कारण नहीं बताया जाना चाहिए। यदि मृत्यु के कारण के रूप में वृद्धावस्था का योगदान हो तो उसका उल्लेख भाग II में किया जाना चाहिए।

उदाहरण:— (क) पुराना ब्रॉकाइटिस (खांसी), II — वृद्धावस्था।

सूचना की पूर्णता:— रोगी का पूर्ण विवरण (case history) की आवश्यकता नहीं है, किन्तु यदि जानकारी उपलब्ध है, तो यथेष्ट कारणों को उचित रूप में वर्गीकृत करने के लिए पर्याप्त ब्यौरा दिया जाना चाहिए।

उदाहरण— रक्तक्षीणता—यदि ज्ञात हो तो, रक्तक्षीणता का प्रकार बताइए। यदि ज्ञात हो, **नवद्रव्य (Neoplasm)**— सूचित करें कि शुरुआत है या असाध्य है और जब भी संभव हो, प्राथमिक नवद्रव्य के स्थान के साथ साइट का पता लगाएं, **हृदय रोग**— स्थिति का विशेष रूप से वर्णन कीजिए, यदि रक्ताधिक्य हृदय गति रुकना (congestive heart failure), फेफड़े का पुराना रोग (chronic on pulmonale) आदि का उल्लेख है, तो पूर्ववर्ती दशाओं का वर्णन कीजिए। **टिटनेस**— पूर्ववर्ती चोट का वर्णन कीजिए, यदि ज्ञात हो। **शल्य क्रिया (ऑपरेशन)**—वह स्थिति का वर्णन कीजिए, जिसके कारण शल्य क्रिया किया गया है। **अतिसार (पेचिश)**—विनिर्दिष्ट

कीजिए कि वह अमाशा (बेसीलियरी) है या अमीबी आदि, यदि ज्ञात हो। **गर्भावस्था या प्रसव की जटिलताएँ** – जटिलता का विशेष रूप से वर्णन कीजिए। **यक्ष्मा (टी.बी.)** – प्रभावित अंगों का नाम दीजिए।

लाक्षणिक कथन:— ऐठन, अतिसार (दस्त की बीमारी), ज्वर, एसाइटीस, पीलिया, दुर्बलता आदि ऐसे लक्षण हैं जो कई विभिन्न दशाओं में से किसी एक के कारण विद्यमान हो सकते हैं। कभी-कभी इससे अधिक कुछ ज्ञात नहीं होता है, किन्तु यदि सम्भव हो, तो उस रोग का नाम दीजिए जिससे वह लक्षण उत्पन्न हुआ है।

जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 10(3) के प्रावधानों के अनुसार, इस अधिनियम के तहत मृत्यु के संबंध में जानकारी देने के लिए आवश्यक व्यक्ति को मृत्यु के कारण का प्रमाण पत्र दिया जायेगा।



प्रपत्र- 5

Form-5

सं. No.

State Govt.
Emblem.....सरकार
GOVERNMENT OFविभाग / (प्रमाणपत्र जारी करने वाले स्थानीयनिकाय का नाम).....
DEPARTMENT OF/ (Name of local body issuing certificate).

जन्म प्रमाण-पत्र BIRTH CERTIFICATE

(जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 12/17 तथा (राज्य का नाम)....., जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन) नियम, .. (संशोधित नियम को अधिसूचित किए जाने का वर्ष)..... के नियम 8/13 के अंतर्गत जारी किया गया)

(Issued under Section 12 / 17 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) and Rule 8 / 13 of the (Name of State)..... Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules..... (Year of notifying the revised rules).

यह प्रमाणित किया जाता है कि निम्नलिखित सूचना जन्म के मूल लेख से ली गई है जो कि (स्थानीय क्षेत्र)..... उप जिला..... जिला..... राज्य..... के रजिस्टर में उल्लिखित है।

This is to certify that the following information has been taken from the original record of birth which is the register for (local area/local body)..... of Sub-district..... of District..... of State/Union territory

नाम/Name:

लिंग/Sex.....

जन्म तिथि /Date of Birth.....

जन्म स्थान /Place of birth.....

माता का नाम/Name of Mother.....

माता का आधार नं० /Aadhaar No. of Mother:

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

पिता का नाम/Name of Father

पिता का आधार नं०/Aadhaar No. of Father:

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

बच्चे के जन्म के समय माता पिता का पता/

Address of parents at the time of birth of the child :

.....

माता पिता का स्थायी पता/

Permanent address of parents:

.....

पंजीकरण संख्या/Registration No :.....

पंजीकरण दिनांक/Date of Registration.....

टिप्पणी/Remarks(if any).....

जारी करने की तिथि/Date of issue:.....

प्राधिकारी के हस्ताक्षर /Signature of the issuing authority

प्राधिकारी का पता/ Address of the issuing authority

मोहर/Seal

प्रत्येक जन्म एवं मृत्यु का पंजीकरण सुनिश्चित करें/ Ensure registration of every birth and death

प्ररूप सं० 7
(नियम 12 देखें)
जन्म रजिस्टर
विधिक सूचनाएँ
इस भाग को जन्म रजिस्टर में जोड़ा जायेगा

सूचनादाता द्वारा भरा जायेगा

1. जन्म की तारीख:-

2. लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेन्डर व्यक्ति" लिखें):-

3. शिशु का विवरणी:- (यदि नामकरण नहीं किया गया हो, तो खाली छोड़ दें)
(क) नाम (यदि कोई हो):-
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :

4. पिता का विवरणी:-
(क) नाम :-
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :
(ग) मोबाईल संख्या :
(घ) ईमेल आई० डी०:

5. माता की विवरणी:-
(क) नाम :-
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :
(ग) मोबाईल संख्या :
(घ) ईमेल आई० डी०:

6. बच्चे के जन्म के समय माता-पिता का पता:- मकान संख्या- मोहल्ला- वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो) - शहर/गाँव- उप-जिला- जिला- राज्य/सं०रा०क्षेत्र- पिन कोड-

7. माता-पिता का स्थायी पता:- मकान संख्या- मोहल्ला- वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो) - शहर/गाँव- उप-जिला- जिला- राज्य/सं०रा०क्षेत्र- पिन कोड-

8. जन्म का स्थान:- (नीचे दिये गए उपयुक्त प्रविष्टि 1 या 2 या 3 चिह्नित करें एवं "अस्पताल/संस्थान" का नाम और पता या "घर" या "अन्य स्थान", का पता, जहाँ जन्म हुआ है, लिखें)।
1. अस्पताल/संस्थान- नाम:-
2. घर 3. अन्य स्थान पता:- मकान संख्या- मोहल्ला- उप-जिला- वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो) - शहर/गाँव- जिला- राज्य/सं०रा०क्षेत्र- पिन कोड-

9. सूचनादाता का विवरणी:-
(क) नाम :-
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :
(ग) मोबाईल संख्या :
(घ) ईमेल आई० डी०:
(ड) पता:- मकान संख्या- मोहल्ला- वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो) - शहर/गाँव- उप-जिला- जिला- राज्य/सं०रा०क्षेत्र- पिन कोड-

घोषणा- ☐ मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार दी गयी सूचना सही है। मैं गलत सूचना प्रस्तुत करने के लिए जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दण्ड/जुर्माने से अवगत हूँ। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से प्रमाणीकरण पहचान के लिए आधार (वित्तीय और अन्य सब्सिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत भी सहमति देता हूँ।
(1 से 22 समी कौलम पूरा करने के बाद, सूचनादाता हस्ताक्षर और तिथि अंकित करेंगे)
तिथि:

सूचनादाता का हस्ताक्षर अथवा अँगूठे का निशान

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जायेगा

रजिस्ट्रीकरण संख्या:-
रजिस्ट्रीकरण तिथि:-
रजिस्ट्रीकरण इकाई:-
शहर/गाँव:-
उप-जिला:-
जिला:-
अभियुक्ति (यदि हो):-

रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर

प्ररूप सं० 8
(नियम 12 देखें)
मृत्यु रजिस्टर
विधिक सूचनाएँ
इस भाग को मृत्यु रजिस्टर में जोड़ा जायेगा

सूचनादाता द्वारा भरा जायेगा

1. मृत्यु की तारीख:-

2. मृतक का विवरणी:-
(क) नाम :-
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :
(ग) जन्म तिथि (यदि उपलब्ध हो) :
(घ) आयु :-

3. लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेन्डर व्यक्ति" लिखें) :-

4. माता की विवरणी:-
(क) नाम :-
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :
(ग) मोबाईल संख्या :
(घ) ईमेल आई० डी०:

5. पिता का विवरणी:-
(क) नाम :-
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :
(ग) मोबाईल संख्या :
(घ) ईमेल आई० डी०:

6. जीवनसाथी (पति/पत्नी) का विवरणी:-
(क) नाम :-
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :
(ग) जन्म तिथि (यदि उपलब्ध हो) :
(घ) आयु (पूर्ण वर्षों में):-
(ङ) मोबाईल संख्या :
(च) ईमेल आई० डी०:

7. मृत्यु के समय मृतक का पता :- मकान संख्या- मोहल्ला- वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)-
शहर/गाँव- उप-जिला- जिला- राज्य/सं०रा०क्षेत्र -
पिन कोड-

8. मृतक का स्थायी पता:- मकान संख्या- मोहल्ला- वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)-
शहर/गाँव- उप-जिला- जिला-
राज्य/सं०रा०क्षेत्र - पिन कोड-

9. मृत्यु का स्थान:- (नीचे दिये गए उपयुक्त प्रविष्टि 1 या 2 या 3 चिह्नित करें एवं "अस्पताल/संस्थान" का नाम और पता या "घर" या "अन्य स्थान" का पता, जहाँ मृत्यु हुआ है, लिखें)।
1. अस्पताल/संस्थान- नाम:-
2. घर 3. अन्य स्थान पता:- मकान संख्या- मोहल्ला-
वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)- शहर/गाँव- उप-जिला-
जिला- राज्य/सं०रा०क्षेत्र - पिन कोड-

10. सूचनादाता का विवरणी:-
(क) नाम :-
(ख) आधार संख्या (अगर उपलब्ध हो) :
(ग) मोबाईल संख्या :
(घ) ईमेल आई० डी०:
(ङ) पता:- मकान संख्या- मोहल्ला- वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)-
शहर/गाँव- उप-जिला- जिला- राज्य/सं०रा०क्षेत्र -
पिन कोड-

घोषणा- ☐ मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार दी गयी सूचना सही है। मैं गलत सूचना प्रस्तुत करने के लिए जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दण्ड/जुर्माने से अवगत हूँ। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से प्रमाणीकरण पहचान के लिए आधार (वित्तीय और अन्य सब्सिडी, लाम और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत भी सहमति देता हूँ।
☐ मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार मृतक के आधार का विवरण उपलब्ध नहीं है।
(1 से 21 सभी कॉलम पूरा करने के बाद, सूचनादाता हस्ताक्षर और तिथि अंकित करेंगे)
तिथि:

सूचनादाता का हस्ताक्षर अथवा अंगूठे का निशान

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जायेगा

रजिस्ट्रीकरण संख्या:-
रजिस्ट्रीकरण तिथि:-
रजिस्ट्रीकरण इकाई:-
शहर/गाँव:-
उप-जिला:-
जिला:-
अभियुक्ति (यदि हो):-
रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर

प्ररूप सं० 9
(नियम 12 देखें)
मृत-जन्म रजिस्टर
विधिक सूचनाएँ

इस भाग को मृत-जन्म रजिस्टर में जोड़ा जायेगा

सूचनादाता द्वारा भरा जायेगा

1. जन्म की तारीख:

2. लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" लिखें) :-

3. पिता का विवरणी:-
(क) नाम :-
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :
(ग) मोबाईल संख्या :
(घ) ईमेल आई० डी०:

3. माता की विवरणी:-
(क) नाम :-
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :
(ग) मोबाईल संख्या :
(घ) ईमेल आई० डी०:

5. जन्म का स्थान:- (नीचे दिये गए उपयुक्त प्रविष्टि 1 या 2 या 3 चिन्हित करें एवं "अस्पताल/ संस्थान" का नाम और पता या "घर" या "अन्य स्थान", का पता, जहाँ जन्म हुआ है, लिखें)।

1. अस्पताल/संस्थान-	नाम:-	
2. घर	3. अन्य स्थान	
वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)-	पता:-	मकान संख्या-
जिला-	राज्य/सं०रा०क्षेत्र -	शहर/गाँव-
	पिन कोड-	मोहल्ला-
		उप-जिला-

6. सूचनादाता का विवरणी:-
(क) नाम :-
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :
(ग) मोबाईल संख्या :
(घ) ईमेल आई० डी०:
(ङ) पता:- मकान संख्या- मोहल्ला- वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो)-
शहर/गाँव- उप जिला- जिला-
राज्य/सं०रा०क्षेत्र - पिन कोड-

घोषणा ☐ मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार दी गयी सूचना सही है। मैं गलत सूचना प्रस्तुत करने के लिए जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रिकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दण्ड/जुर्माने से अवगत हूँ। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से प्रमाणीकरण पहचान के लिए आधार (वित्तीय और अन्य सब्सिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत भी सहमति देता हूँ।

(1 से 12 सभी कॉलम पूरा करने के बाद, सूचनादाता हस्ताक्षर और तिथि अंकित करेंगे)

तिथि:-

सूचनादाता का हस्ताक्षर अथवा अँगूठे का निशान

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जायेगा

रजिस्ट्रीकरण संख्या:-
रजिस्ट्रीकरण तिथि:-
रजिस्ट्रीकरण इकाई:-
शहर/गाँव:-
उप-जिला:-
जिला:-
अभियुक्ति (यदि हो):-

रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर

प्ररूप सं० 10

(नियम 13 देखें)

अनुपलब्धता प्रमाण-पत्र

{जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 17 के अधीन निर्गत}

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....

सुपुत्र/पत्नी/सुपुत्रीके अनुरोध पर बिहार राज्य के

जिले केप्रखंड/अंचल के संबंधित रजिस्ट्रीकरण अभिलेखों-वर्ष (वर्षों)में

तलाशी ली गई और पाया गया कि.....सुपुत्र/पत्नी/सुपुत्री

श्रीके जन्म/मृत्यु से संबंधित घटना का रजिस्ट्रीकरण नहीं

किया गया था।

निर्गत करने वाले पदाधिकारी का हस्ताक्षर व मुहर

तिथि:

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

प्ररूप सं० 11

(नियम 14 देखें)

जन्म का मासिक सारांश प्रतिवेदन

1. माह —..... वर्ष—..... का प्रतिवेदन
2. जिला—
3. शहर/गाँव—
4. रजिस्ट्रीकरण इकाई—
5. माह के दौरान रजिस्ट्रीकृत जन्म की संख्या :—

पुरुष (1)	महिला (2)	ट्रांसजेन्डर व्यक्ति (3)	कुल* (1+2+3)

6. जन्म रजिस्ट्रीकरण में समय अन्तराल:—

(क) उनके घटित होने के समय सीमा (21 दिन) के भीतर :—

(ख) 21 दिन से अधिक परन्तु उनके घटित होने के 30 दिन के भीतर :—

(ग) 30 दिन से अधिक परन्तु उनके घटित होने के 01 वर्ष के भीतर :—

(घ) उनके घटित होने के 01 वर्ष के बाद :—

कुल* (क+ख+ग+घ) :

- * मासिक रिपोर्ट के साथ संलग्न कुल संख्या, रजिस्ट्रीकृत जन्म रिपोर्ट प्ररूप (प्ररूप संख्या-1) के सांख्यिकीय भाग की संख्या के बराबर होना चाहिए।

रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर

तिथि:

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

मुख्य रजिस्ट्रार/जिला रजिस्ट्रार को समर्पित

प्ररूप सं० 12

(नियम 14 देखें)

मृत्यु का मासिक सारांश प्रतिवेदन

1. माह —.....वर्ष—.....का प्रतिवेदन
2. जिला—
3. शहर/गाँव—
4. रजिस्ट्रीकरण इकाई—
5. माह के दौरान रजिस्ट्रीकृत मृत्यु की संख्या :—

मृत्यु (जिसमें शिशु मृत्यु, बाल मृत्यु एवं मातृ मृत्यु शामिल हैं)				शिशु मृत्यु (आयु एक वर्ष से कम)				बाल मृत्यु (आयु एक वर्ष या अधिक परन्तु पाँच वर्ष से कम)				मातृ मृत्यु
पुरुष	महिला	ट्रांसजेन्डर व्यक्ति	कुल*	पुरुष	महिला	ट्रांसजेन्डर व्यक्ति	कुल	पुरुष	महिला	ट्रांसजेन्डर व्यक्ति	कुल	

6. मृत्यु रजिस्ट्रीकरण में समय अन्तराल :—

(क) उनके घटित होने के समय सीमा (21 दिन) के भीतर :—

(ख) 21 दिन से अधिक परन्तु उनके घटित होने के 30 दिन के भीतर :—

(ग) 30 दिन से अधिक परन्तु उनके घटित होने के 01 वर्ष के भीतर :—

(घ) उनके घटित होने के 01 वर्ष के बाद :—

कुल* (क+ख+ग+घ) :

नोट:— शिशु और बाल मृत्यु तथा मातृ मृत्यु को भी मृत्यु में शामिल किया जाना चाहिए।

- * मासिक रिपोर्ट के साथ संलग्न कुल संख्या, रजिस्ट्रीकृत मृत्यु रिपोर्ट प्ररूप (प्ररूप संख्या-2) के सांख्यिकीय भाग की संख्या के बराबर होना चाहिए।

रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर

तिथि:

			—			—			
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--

मुख्य रजिस्ट्रार/जिला रजिस्ट्रार को समर्पित

प्ररूप सं० 13

(नियम 14 देखें)

मृत-जन्म का मासिक सारांश प्रतिवेदन

1. माह—.....वर्ष—..... का प्रतिवेदन
2. जिला—
3. शहर/गाँव—
4. रजिस्ट्रीकरण इकाई—
5. माह के दौरान रजिस्ट्रीकृत मृत-जन्म की संख्या :—

पुरुष (1)	महिला (2)	ट्रांसजेन्डर व्यक्ति (3)	कुल* (1+2+3)

6. जन्म रजिस्ट्रीकरण में समय अन्तराल:—

(क) उनके घटित होने के समय सीमा (21 दिन) के भीतर :—

(ख) 21 दिन से अधिक परन्तु उनके घटित होने के 30 दिन के भीतर :—

(ग) 30 दिन से अधिक परन्तु उनके घटित होने के 01 वर्ष के भीतर :—

(घ) उनके घटित होने के 01 वर्ष के बाद :—

कुल* (क+ख+ग+घ) :

- * मासिक रिपोर्ट के साथ संलग्न कुल संख्या, रजिस्ट्रीकृत मृत-जन्म रिपोर्ट प्ररूप (प्ररूप संख्या-3) के सांख्यिकीय भाग की संख्या के बराबर होना चाहिए।

रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर

तिथि:

		—			—				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

मुख्य रजिस्ट्रार/जिला रजिस्ट्रार को समर्पित

प्ररूप सं० 14

(नियम 9 देखें)

जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 13 (2) के तहत जन्म/मृत्यु की विलम्बित रिपोर्टिंग के लिए स्व-अभिप्रमाणित दस्तावेज का प्ररूप

घोषणा

मैं..... पुत्र/पुत्री/पत्नी—.....
निवासी—.....

.....यह घोषणा करता हूँ कि :-

1. मैं(बच्चे/मृतक का नाम) पिता/पति/पत्नी—.....
.....जन्म/मृत्यु की विलम्बित घटनाओं का सूचक हूँ।
2. उसके/उसकी जन्म/मृत्यु की तिथिस्थान.....
.....पर हुई है।
3. उसके/उसकी जन्म/मृत्यु के समय उपस्थितथे, जो
.....(पता) के निवासी हैं।
4. उसके/उसकी जन्म/मृत्यु की सूचना देने में विलम्ब होने का कारण निम्नवत है—.....
.....
5. उसके/उसकी जन्म/मृत्यु प्रमाण-पत्र प्राप्त करने का उद्देश्य निम्नवत है—.....
.....

घोषणा—☐ मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त जानकारी सत्य है और मेरे द्वारा उपरोक्त घटना की सूचना किसी भी रजिस्ट्रार को नहीं दी गयी है। मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार इस संबंध में कोई जन्म/मृत्यु प्रमाण-पत्र निर्गत नहीं किया गया है।

सूचनादाता का हस्ताक्षर अथवा
अंगूठे का निशान

तिथि:

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

नोट:-

1. तारीख, जब कभी वह आती है, को दिन-माह-वर्ष के प्ररूप में दी जायेगी, जिसमें दिन को दो अंकों में, माह को दो अंकों में और वर्ष को चार अंकों में दिया जायेगा। जहाँ भी तारीख शब्दों में लिखी हो उसे पूरा लिखा जाना चाहिए जैसे-01-01-2023 को पहली जनवरी दो हजार तेईस लिखा जाएगा। तिथि एवं अन्य संख्यात्मक प्रविष्टियों के रिकार्ड करने के लिए 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 के रूप में अंकों का प्रयोग करें।
2. नाम, जब कभी वह आता है, को (प्रथम नाम) (मध्य नाम) (अन्तिम नाम) के प्ररूप (Format) में दिया जायेगा, जहाँ पूरा नाम बड़े अक्षर (Capital Letter) में लिखा जाना चाहिए तथा पहला नाम अनिवार्य है। प्रथम नाम या मध्य नाम या अन्तिम नाम में से किसी एक में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए।
3. पता, जहाँ कहीं वह आता है, राज्य या संघ राज्य क्षेत्र का नाम, जिला, उप-जिला, शहर या गाँव, वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो), मोहल्ला, मकान संख्या और पिन कोड अंतर्विष्ट (Contain) होगा।

प्ररूप सं० 15

(नियम 16क देखें)

अपील के लिए प्ररूप

(जिला रजिस्ट्रार/मुख्य रजिस्ट्रार को प्रस्तुत किया जाना है)

(जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 25क के तहत)

1. किसी कार्रवाई या आदेश से व्यथित:- रजिस्ट्रार/जिला रजिस्ट्रार अथवा रजिस्ट्रार/जिला रजिस्ट्रार के रूप में कार्य करने के लिए प्राधिकृत पदाधिकारी (कार्यालय का विवरण नीचे दिया जाना है) :-

राज्य	जिला	उप-जिला	शहर/गाँव	मोहल्ला	रजिस्ट्रीकरण इकाई आई०डी०	रजिस्ट्रार/जिला रजिस्ट्रार अथवा रजिस्ट्रार/जिला रजिस्ट्रार के रूप में कार्य करने के लिए प्राधिकृत पदाधिकारी का नाम

2. अपील की प्रमुख घटना का विवरण तिथि, आदेश संख्या इत्यादि:-

(घटना की विस्तृत विवरण दें, यदि आवश्यक हो, तो अनुलग्नक सहित संलग्न करें)

--

घोषणा:-

- ☐ मेरे द्वारा सभी सूचना अपने पूर्ण जानकारी और विश्वास के अनुसार सही प्रदान किया गया है।

अपीलकर्ता का हस्ताक्षर

तिथि:-

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

अपीलकर्ता की विवरणी :-

नाम	पता	आधार संख्या		ई-मेल आई०डी०	मोबाइल संख्या

नोट:-

- कृपया इस प्ररूप की एक प्रति अपने रिकार्ड के लिए अपने पास रखें।
- अपील, यदि कोई हो, ऐसी कार्रवाई या ऐसे आदेश की प्राप्ति की तारीख से, जिससे वह व्यक्ति व्यथित है, 30 दिनों की अवधि के भीतर जिला रजिस्ट्रार/मुख्य रजिस्ट्रार को प्रस्तुत की जानी चाहिए।
- तारीख, जब कभी वह आती है, को दिन-माह-वर्ष के प्ररूप में दी जायेगी, जिसमें दिन को दो अंकों में, माह को दो अंकों में और वर्ष को चार अंकों में दिया जायेगा। जहाँ भी तारीख शब्दों में लिखी हो उसे पूरा लिखा जाना चाहिए जैसे-01-01-2023 को पहली जनवरी दो हजार तेईस लिखा जाएगा। तिथि एवं अन्य संख्यात्मक प्रविष्टियों के रिकार्ड करने के लिए 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 के रूप में अंकों का प्रयोग करें।
- नाम, जब कभी वह आता है, को (प्रथम नाम) (मध्य नाम) (अन्तिम नाम) के प्ररूप (Format) में दिया जायेगा, जहाँ पूरा नाम बड़े अक्षर (Capital Letter) में लिखा जाना चाहिए तथा पहला नाम अनिवार्य है। प्रथम नाम या मध्य नाम या अन्तिम नाम में से किसी एक में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए।
- पता, जहाँ कहीं वह आता है, राज्य या संघ राज्य क्षेत्र का नाम, जिला, उप-जिला, शहर या गाँव, वार्ड संख्या (शहर की दशा में और यदि उपलब्ध हो), मोहल्ला, मकान संख्या और पिन कोड अंतर्विष्ट (Contain) होगा।

बिहार-राज्यपाल के आदेश से,

प्रधान सचिव।

**Department of Planning & Development
(Directorate of Economics & Statistics)**

Notification

The 16th June 2025

Bihar Registration of Births & Deaths (Amendment) Rules, 2025

No. ji.sa.- 05/2024-826—In exercise of the powers conferred by section 30 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (18 of 1969) the State Government of Bihar with the approval of the Central Government, hereby frames the following rules to amend the Bihar Registration of Births and Deaths Rules, 1999, namely :-

1. *Short title, extent and commencements.—*

- (1) These rules may be called the Bihar Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules, 2025.
- (2) It shall extend to the whole of the state of Bihar.
- (3) They shall come into force from the date of their publication in the Official Gazette.

2. *In the Bihar Registration of Births and Deaths Rules, 1999 in rule 5, after sub-rule (3), the following sub-rules shall be inserted, namely:-*

- (4) Name, wherever it occurs, in Forms referred to in Bihar Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules, 2025, shall be provided in the format of (first name) (middle name) (last name) and the name shall not contain any abbreviations.
- (5) Date, wherever it occurs, in Forms referred to in Bihar Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules, 2025, shall be provided in the format of dd-mm-yyyy, where dd is the date in two digits, mm is the month in two digits and yyyy is the year in four digits.
- (6) The address, wherever it occurs, in Forms referred to in Bihar Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules, 2025, shall contain the name of State or Union Territory, District, Sub-district, Town or Village, Ward number (in case of town and if available), Locality, House number and PIN Code.

3. *In rule 7 of the principal rules, in the marginal heading and rule, the following shall be substituted, namely:-*

Rule 7. Form of certificate under sub-sections (2) and (3) of section 10:-

The certificate as to the cause of death, including the history of illness, if any, required under sub-sections (2) and (3) of section 10 shall be issued in Form No. 4 and 4A respectively and the Registrar shall, after making necessary entries in the register of deaths, forward all such certificates to the Chief Registrar or the officer specified by him in this behalf by the 10th of the month immediately following the month to which the certificates relate.

4. *In rule 8 of the principal rules, in the marginal heading and the sub-rules (1), (2), (3), (4) & (5), the following shall be substituted, namely:-*

Rule 8. Certificate of Registration of Births or Deaths to be given under section 12-

- (1) The certificate of birth or death extracted from the register relating to births or deaths to be given to an informant, electronically or otherwise, under section 12 shall be in Form No. 5 or Form No. 6, as the case may be.
- (2) In the case of domiciliary events of births and deaths, as the case may be, referred to in clauses (a), (aa), (ab) and (ac) of sub-section (1) of section 8 which are reported direct to the Registrar of Births and Deaths, the head of the house or household, as the case may be, or, in his absence, the nearest

- relative of the head present in the house, or, in his absence, the oldest adult person present, the adoptive parents, the parent, and the biological parent, as the case may be, may obtain electronically or otherwise the certificate of birth or death from the Registrar within 30 (thirty) days of its reporting.
- (3) In the case of domiciliary events of births and deaths referred to in clause (a) of sub-section (1) of section 8 which are reported by persons specified by the State Government under sub-section (2) of the said section, the person so specified shall transmit, electronically or otherwise, the certificate received from the Registrar of Births and Deaths to the concerned head of the house or household as the case may be, or, in his absence, the nearest relative of the head present in the house or, in his absence, the oldest adult person present, within 30 (thirty) days of its issue by the Registrar.
 - (4) In the case of institutional events of births and deaths, as the case may be, referred to in clauses (b) to (e) and (da), (db) and (dc) of sub-section (1) of section 8, the nearest relative of the new born or deceased may obtain electronically or otherwise the certificate from the officer or person in charge of the institution concerned within 30 (thirty) days of the occurrence of the event of birth or death.
 - (5) If the certificate of birth or death is not collected by the concerned person as referred to in sub-rules (2) to (4) within the period stipulated therein, the Registrar or the officer or person in charge of the concerned institution as referred to in sub-rule (4) shall transmit the same to the concerned family by post within 15 (fifteen) days of the expiry of the aforesaid period.
- 5. In rule 9 of the principal rules, for sub-rules (1) (2) & (3), the following sub-rules shall be substituted, namely:-**
- (1) Any birth or death of which information is given to the Registrar after the expiry of the period specified in rule 5, but within thirty days of its occurrence, shall be registered on payment of a late fee of ₹20.00 (Twenty rupees).
 - (2) Any birth or death of which delayed information is given to the Registrar after thirty days but within one year of its occurrence, shall be registered only with the written permission of the District Registrar or the District Statistical Officer and on payment of a late fee of ₹50.00 (Fifty rupees) and on production of self-attested document, electronically or otherwise, in Form No.14.
 - (3) Any birth or death of which delayed information is given to the Registrar after one year of its occurrence, shall be registered only on an Order made by a District Magistrate or Sub-Divisional Magistrate or by an Executive Magistrate authorized by the District Magistrate, having Jurisdiction over the area where the birth or death has taken place, after verifying the correctness of the birth or death and on payment of a late fee of ₹100.00 (One hundred rupees).
- 6. In rule 12 of the principal rules, the following rule shall be substituted, namely:-**
The legal part of the Forms No. 1, 1A, 2 and 3 shall constitute the Birth register, Death register and Still-birth register (Forms No. 7, 8 and 9) respectively.
- 7. In rule 13 of the principal rules, for sub-rules (1), (2) & (4), the following sub-rules shall be substituted, namely:-**
- (1) The fees payable for a search to be made, a certificate of birth or death or a non-availability certificate to be issued under section 17, electronically or otherwise, shall be as follows :-

- | | Rupees. |
|--|---------|
| (a) Search for a single entry in the first year for which the search is made | ₹20.00 |
| (b) For every additional year for which the search is continued | ₹20.00 |
| (c) For granting certificate relating to each birth or death | ₹50.00 |
| (d) For granting non-availability certificate of birth or death | ₹20.00 |
- (2) Any such certificate on the basis of extract from the register relating to birth or death shall be issued under section 17, by the Registrar or the officer authorized by the State Govt. in this behalf in Form No. 5 or, as the case may be, in Form No. 6 and shall be certified in the manner provided for in section 75 of the Bharatiya Sakshya Adhiniyam, 2023 (47 of 2023).
- (4) Any such certificate or non-availability certificate may be furnished to the person asking for it or sent to him by post on payment of the postal charges therefore.
8. ***In rule 16 of the principal rules, for sub-rule (2), the following sub-rule shall be substituted, namely:-***
- (2) Any such offence may be compounded on payment of such sum, not exceeding ₹250.00 (Two hundred and fifty rupees) for offences under sub-sections (1), (2) and (4), ₹50.00 (Fifty rupees) for offences under sub-section (3), and ₹1000.00 (One thousand rupees) in respect of each birth or death for offences under sub-sections (1A) and (4A) of section 23, as the said officer may think fit.
9. ***After rule 16 of the principal rules, the following rule shall be inserted, namely:-***
- 16A. Appeal.-*** An appeal under sub-section (1) of section 25A shall be preferred in Form No. 15.
10. ***In rule 17 of the principal rules, for sub-rules (2) & (3), the following sub-rules shall be substituted, namely:-***
- (2) The permission granted under sub-section (2) of section 13 and the orders issued under sub-section (3) of section 13 for delayed registration received by the Registrar shall form an integral part of the Birth register, Death register and Still-birth register and shall not be destroyed.
- (3) The certificate as to the cause of death furnished under sub-sections (2) and (3) of the section 10 shall be retained for a period of at least 5 years by the Chief Registrar or the officer specified by him in this behalf.
- In the principal rule, for the forms 1, 1A, 2, 3, 4, 4A, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 and 13, the attached forms shall be substituted.

By order of the Governor of Bihar,
K. Senthil Kumar,
Principal Secretary.

" FORM NO.1
(See rule 5)
BIRTH REPORT
Legal information
[SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS]
This part to be added to the Birth Register

To be filled by the Informant

1. **Date of Birth :**

2. **Sex** (Enter "Male" or "Female" or "Transgender person") :

3. **Child's Details** (If not named, leave blank) :-
(a) **Name, If any :**
(b) **Aadhaar No.** (If available):

4. **Father's Details:-**
(a) **Name:**
(b) **Aadhaar No.** (If available):
(c) **Mobile No:**
(d) **Email Id:**

5. **Mother's Details:-**
(a) **Name:**
(b) **Aadhaar No.** (If available):
(c) **Mobile No:**
(d) **Email Id:**

6. **Address of parents at the time of Birth of the Child:** **House No:**
Locality: **Ward number** (In case of town and if available):
Town or Village: **Sub-district:** **District:**
State or Union Territory: **PIN Code:**

7. **Permanent address of parents:** **House No:**
Locality: **Ward number** (In case of town and if available):
Town or Village: **Sub-district:** **District:**
State or Union Territory: **PIN Code:**

8. **Place of birth** (Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or "Other place" where the birth took place):
1. **Hospital / Institution** **Name :**
2. **House** 3. **Other place** **Address :** **House No:**
Locality: **Ward number** (In case of town and if available):
Town or Village: **Sub-district:** **District:**
State or Union Territory: **PIN Code:**

9. **Informant's Details:**
(a) **Name:**
(b) **Aadhaar No.** (If available):
(c) **Mobile No:**
(d) **Email Id:**
(e) **Address :** **House No:**
Locality: **Ward number** (In case of town and if available):
Town or Village: **Sub-district:** **District:**
State or Union Territory: **PIN Code:**

DECLARATION:
☐ I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aadhaar authentication.

(After completing all columns 1 to 22, informant will put date and signature)

Date: **Signature or left thumb mark of the Informant**

To be filled by the Registrar

Registration No. :
Registration Date:
Registration Unit :
Town / Village:
Sub-District:
District:
Remarks (If any):

Name and Signature of the Registrar

FORM NO.1
(See rule 5)
BIRTH REPORT
Statistical information
[SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS]
This part to be detached and sent for statistical processing

To be filled by the Informant

10. **Town or Village of Residence of the mother** (Place where the mother usually lives. This can be different from the place where the delivery occurred. Tick appropriate entry "Town" or "Village" and write its name):
Town or Village: **Sub-district:**
District: **State or Union Territory:**
PIN Code:

11. **For Religion** [Enter appropriate religion "Hindu" or "Muslim" or "Christian" or "Sikh" or "Buddhist" or "Jain" or "Other (Please specify)"]
(a) **Religion of Father:**
(b) **Religion of Mother:**

12. **Father's level of education:**
13. **Mother's level of education:**

14. **Father's Occupation:**
15. **Mother's Occupation:**

16. **Age of the mother (in completed years) at the time of marriage** (If married more than once, age at first marriage is to be written):

17. **Age of the mother (in completed years) at the time of this birth :**

18. **Number of children born alive to the mother so far including this child** (Number of children born alive to include also those from earlier marriage(s), if any) :

19. **Type of attention at delivery** (Tick the appropriate entry below):
1. Institutional-Government
2. Institutional - Private or Non-Government
3. Doctor, Nurse or Trained Midwife
4. Traditional Birth Attendant
5. Relatives or others

20. **Method of Delivery** (Tick the appropriate entry below):
1. Natural
2. Caesarean
3. Forceps/Vacuum

21. **Birth Weight (in kgs.)** (if available) :

22. **Duration of pregnancy** (in weeks) :

(In the case of multiple births, fill in a separate form for each child and write 'Twin birth' or 'Triple birth' etc., as the case may be, in the remarks column in the box below left.)

To be detached and sent for statistical processing

(Columns to be filled are over. Now put signature at left)

To be filled by the Registrar

Name	Code No.
District	
Sub-District	
Town/Village :	

Registration Unit :
Registration No. :
Registration Date:
Date of Birth :
Sex : Male / Female / Transgender person
Place of Birth: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place

Name and Signature of the Registrar

Instructions for completing the Form 1: BIRTH REPORT

Item No.	Instructions																									
1	Date, wherever it occurs, is to be provided in dd-mm-yyyy format, where dd is date in two digits, mm is month in two digits and yyyy is year in four digits. Wherever the date is written in words it should be written in full e.g 01-01-2023 shall be written as First January two thousand twenty three. Use only 'Arabic numerals' such as 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 for recording dates and other numerical entries.																									
2	Enter "Male" or "Female" or "Transgender Person". Do not use abbreviation.																									
3,4,5,9	Name, wherever it occurs, is to be provided in the format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name]. If child is not named, leave blank. Birth can be registered without name of the child. However, name of child can be inserted, free of charge, within 12 months of registration (Refer Rule 10 of State Rules).																									
6,7,8,9	Address, wherever it occurs, shall contain the name of State or Union Territory, District, Sub-district, Town or Village, Ward number (in case of town and if available), Locality, House number and PIN Code.																									
8	Tick the appropriate entry for place of birth 1. Hospital / Institution 2. House 3. Other place Give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or 'Other place' where the birth took place.																									
10	Town or Village of residence of the mother: Place where the mother usually lives. This can be different from the place where the delivery occurred. The house address is not required to be entered.																									
12,13	Level of Education – Write one of following— <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>1.Pre-Primary</td><td>6.Class 5</td><td>11.Class 10</td><td>16. Bachelor Undergraduate /</td><td>21. Literate without formal education</td></tr> <tr> <td>2.Class 1</td><td>7.Class 6</td><td>12.Class 11</td><td>17. PG Diploma</td><td>22. Illiterate</td></tr> <tr> <td>3.Class 2</td><td>8.Class 7</td><td>13.Class 12</td><td>18. Master / Post graduate</td><td></td></tr> <tr> <td>4.Class 3</td><td>9.Class 8</td><td>14. ITI</td><td>19. M.Phil</td><td></td></tr> <tr> <td>5.Class 4</td><td>10.Class 9</td><td>15.Diploma Certificate</td><td>20. Doctorate & above</td><td></td></tr> </tbody> </table> (Enter the completed level of education e.g. if studied upto class VII but passed only class VI, write class VI)	1.Pre-Primary	6.Class 5	11.Class 10	16. Bachelor Undergraduate /	21. Literate without formal education	2.Class 1	7.Class 6	12.Class 11	17. PG Diploma	22. Illiterate	3.Class 2	8.Class 7	13.Class 12	18. Master / Post graduate		4.Class 3	9.Class 8	14. ITI	19. M.Phil		5.Class 4	10.Class 9	15.Diploma Certificate	20. Doctorate & above	
1.Pre-Primary	6.Class 5	11.Class 10	16. Bachelor Undergraduate /	21. Literate without formal education																						
2.Class 1	7.Class 6	12.Class 11	17. PG Diploma	22. Illiterate																						
3.Class 2	8.Class 7	13.Class 12	18. Master / Post graduate																							
4.Class 3	9.Class 8	14. ITI	19. M.Phil																							
5.Class 4	10.Class 9	15.Diploma Certificate	20. Doctorate & above																							
14, 15	Occupation - Write one of following— 1. Cultivator 2. Agriculture Labourer 3. Daily Wages Earner(Other than Agriculture Labourer) 4. Single/Family Worker/Self Employed 5. Employer 6. Government Employee 7. Private Employee(Other than Domestic Helper) 8. Domestic Helper 9. Non-Worker																									

Note: The informant must ensure that no item in the Birth Report Form is left blank to the extent possible.

FORM NO.1A (Legal Information) (See rule 5) BIRTH REPORT FOR ADOPTED CHILD (SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS) <i>This part to be added to the Birth Register</i>	FORM NO.1A Statistical Information (See rule 5) BIRTH REPORT FOR ADOPTED CHILD (SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS) <i>This part to be detached and sent for statistical processing</i>								
<p>To be filled by the informant</p> <p>1*. Date of Birth : <input type="text" value="DD - MM - YYYY"/></p> <p>2*. Sex (Enter "Male" or "Female" or "Transgender person") :</p> <p>3. Child's details (If name is changed on adoption, write new name):-</p> <p>(a) Name of the Child <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/></p> <p>(b) Aadhaar No. (If available): <input type="text" value="Aadhaar No."/></p> <p>4*. Mother's Details (If known):-</p> <p>(a) Name: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/></p> <p>(b) Aadhaar No. (If available): <input type="text" value="Aadhaar No."/></p> <p>(c) Mobile No: <input type="text" value="Mobile No."/></p> <p>(d) Email Id: <input type="text" value="Email Id"/></p> <p>5*. Father's Details (If known):-</p> <p>(a) Name: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/></p> <p>(b) Aadhaar No. (If available): <input type="text" value="Aadhaar No."/></p> <p>(c) Mobile No: <input type="text" value="Mobile No."/></p> <p>(d) Email Id: <input type="text" value="Email Id"/></p> <p>6. Details of adoption deed / order:-</p> <p>(a) Date: <input type="text" value="DD - MM - YYYY"/></p> <p>(b) Number of Adoption deed / order:</p> <p>7. Adoptive Mother's Details:-</p> <p>(a) Name: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/></p> <p>(b) Aadhaar No. (If available): <input type="text" value="Aadhaar No."/></p> <p>(c) Mobile No: <input type="text" value="Mobile No."/></p> <p>(d) Email Id: <input type="text" value="Email Id"/></p> <p>8. Adoptive Father's Details:-</p> <p>(a) Name: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/></p> <p>(b) Aadhaar No. (If available): <input type="text" value="Aadhaar No."/></p> <p>(c) Mobile No: <input type="text" value="Mobile No."/></p> <p>(d) Email Id: <input type="text" value="Email Id"/></p> <p>9. Address of adoptive parents as recorded in Adoption deed / order: House No: _____</p> <p>Locality: _____ Ward number (in case of town and if available): _____</p> <p>Town or Village: _____ Sub-district: _____ District: _____</p> <p>State or Union Territory: _____ PIN Code: <input type="text" value="PIN Code"/></p> <p>10. Permanent address of adoptive parents: House No: _____ Locality: _____</p> <p>Ward number (in case of town and if available): _____</p> <p>Town or Village: _____ Sub-district: _____ District: _____</p> <p>State or Union Territory: _____ PIN Code: <input type="text" value="PIN Code"/></p> <p>11*. Place of birth: (Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address of the institution or the address of the "House" or "Other place" where the birth took place):</p> <p>1. Hospital / Institution Name: _____</p> <p>2. House 3. Other place Address: House No. _____ Locality: _____</p> <p>Ward number (in case of town and if available): _____ Town or Village: _____</p> <p>Sub-district: _____ District: _____</p> <p>State or Union Territory: _____ PIN Code: <input type="text" value="PIN Code"/></p> <p>12. If adoption through agency write the address of the Adoption agency: House No: _____</p> <p>Locality: _____ Ward number (in case of town and if available): _____</p> <p>Town or Village: _____ Sub-district: _____ District: _____</p> <p>State or Union Territory: _____ PIN Code: <input type="text" value="PIN Code"/></p> <p>13. Informant's Details:-</p> <p>(a) Name: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/></p> <p>(b) Aadhaar No. (If available): <input type="text" value="Aadhaar No."/></p> <p>(c) Mobile No: <input type="text" value="Mobile No."/></p> <p>(d) Email Id: <input type="text" value="Email Id"/></p> <p>(e) Address: House No: _____ Locality: _____ Ward number (in case of town and if available): _____</p> <p>Town or Village: _____ Sub-district: _____ District: _____</p> <p>State or Union Territory: _____ PIN Code: <input type="text" value="PIN Code"/></p> <p>*As contained in the original birth certificate.</p> <p>DECLARATION: <input type="checkbox"/> I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aadhaar authentication.</p> <p>(After completing all columns 1 to 18, Informant will put date and signature)</p> <p>Date: <input type="text" value="DD - MM - YYYY"/> Signature or left thumb mark of the Informant</p>	<p>To be filled by the Registrar</p> <p>14. For Religion [Enter appropriate religion "Hindu" or "Muslim" or "Christian" or "Sikh" or "Buddhist" or "Jain" or "Other (Please specify)"]</p> <p>(a) Religion of Adoptive Father:</p> <p>(b) Religion of Adoptive Mother:</p> <p>15. Adoptive Father's level of education:</p> <p>16. Adoptive Mother's level of education:</p> <p>17. Adoptive Father's Occupation:</p> <p>18. Adoptive Mother's Occupation:</p>								
To be detached and sent for statistical processing									
<p>To be filled by the Registrar</p> <p>Registration No. : _____</p> <p>Registration Date: <input type="text" value="DD - MM - YYYY"/></p> <p>Registration Unit : _____</p> <p>Town / Village: _____ Sub-District: _____</p> <p>District: _____</p> <p>Remarks (if any): _____</p> <p style="text-align: right;">Name and Signature of the Registrar</p>	<p>To be filled by the Registrar</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">Name</th> <th style="width: 50%;">Code No.</th> </tr> <tr> <td>District</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sub-District</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Town/Village</td> <td></td> </tr> </table> <p>Registration Unit : _____</p> <p>Registration Date: <input type="text" value="DD - MM - YYYY"/></p> <p>Date of Birth : <input type="text" value="DD - MM - YYYY"/></p> <p>Sex : Male / Female / Transgender person</p> <p>Place of Birth: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place</p> <p style="text-align: right;">Name and Signature of the Registrar</p>	Name	Code No.	District		Sub-District		Town/Village	
Name	Code No.								
District									
Sub-District									
Town/Village									

Instructions for completing the Form 1A: BIRTH REPORT FOR ADOPTED CHILD

Item No.	Instructions																									
1, 6	Date, wherever it occurs, is to be provided in dd-mm-yyyy format, where dd is date in two digits, mm is month in two digits and yyyy is year in four digits Wherever the date is written in words it should be written in full e.g 01-01-2023 shall be written as First January two thousand twenty three. If date of birth is unknown, record the date of birth as reflected in adoption order or deed, as the case may be. Use only 'Arabic numerals' such as 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 for recording dates and other numerical entries.																									
2	Enter "Male" or "Female" or "Transgender Person". Do not use abbreviation.																									
3,4,5,7,8,13	Name, wherever it occurs, is to be provided in the format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name].																									
9,10,11,12,13	Address, wherever it occurs, shall contain the name of State or Union Territory, District, Sub-district, Town or Village, Ward number (in case of town and if available), Locality, House number and PIN Code.																									
15,16	<p>Level of Education – Write one of following—</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>1.Pre-Primary</td><td>6.Class 5</td><td>11.Class 10</td><td>16. Bachelor / Undergraduate</td><td>21. Literate without formal education</td></tr> <tr> <td>2.Class 1</td><td>7.Class 6</td><td>12.Class 11</td><td>17. PG Diploma</td><td>22. Illiterate</td></tr> <tr> <td>3.Class 2</td><td>8.Class 7</td><td>13.Class 12</td><td>18. Master / Post graduate</td><td></td></tr> <tr> <td>4.Class 3</td><td>9.Class 8</td><td>14.ITI</td><td>19. M.Phil</td><td></td></tr> <tr> <td>5.Class 4</td><td>10.Class 9</td><td>15.Diploma / Certificate</td><td>20. Doctorate & above</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>(Enter the completed level of education e.g. if studied upto class VII but passed only class VI, write class VI)</p>	1.Pre-Primary	6.Class 5	11.Class 10	16. Bachelor / Undergraduate	21. Literate without formal education	2.Class 1	7.Class 6	12.Class 11	17. PG Diploma	22. Illiterate	3.Class 2	8.Class 7	13.Class 12	18. Master / Post graduate		4.Class 3	9.Class 8	14.ITI	19. M.Phil		5.Class 4	10.Class 9	15.Diploma / Certificate	20. Doctorate & above	
1.Pre-Primary	6.Class 5	11.Class 10	16. Bachelor / Undergraduate	21. Literate without formal education																						
2.Class 1	7.Class 6	12.Class 11	17. PG Diploma	22. Illiterate																						
3.Class 2	8.Class 7	13.Class 12	18. Master / Post graduate																							
4.Class 3	9.Class 8	14.ITI	19. M.Phil																							
5.Class 4	10.Class 9	15.Diploma / Certificate	20. Doctorate & above																							
17,18	<p>Occupation - Write one of following—</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cultivator 2. Agriculture Labourer 3. Daily Wages Earner(Other than Agriculture Labourer) 4. Single/Family Worker/Self Employed 5. Employer 6. Government Employee 7. Private Employee(Other than Domestic Helper) 8. Domestic Helper 9. Non-Worker 																									

Note: The informant responsible for reporting birth event of adopted child shall be as per the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023).

The informant must ensure that no item in the form for Birth Report for Adopted Child is left blank to the extent possible.

FORM NO.2 (See rule 5) DEATH REPORT Legal Information [SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS] This part to be added to the Death Register	To be detached and sent for statistical processing	FORM NO.2 (See rule 5) DEATH REPORT Statistical Information [SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS] This part to be detached and sent for statistical processing									
<p>To be filled by the Informant</p> <p>1. Date of Death: <input type="text" value="DD - MM - YYYY"/></p> <p>2. Deceased's Details:-</p> <p>(a) Name: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/></p> <p>(b) Aadhaar No. (if available): <input type="text" value="Aadhaar No."/></p> <p>(c) Date of Birth (if available): <input type="text" value="DD - MM - YYYY"/></p> <p>(d) Age: <input type="text" value="Age"/></p> <p>3. Sex (Enter "Male" or "Female" or "Transgender person"):</p> <p>4. Mother's Details:-</p> <p>(a) Name: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/></p> <p>(b) Aadhaar No. (if available): <input type="text" value="Aadhaar No."/></p> <p>(c) Mobile No: <input type="text" value="Mobile No."/></p> <p>(d) Email Id: <input type="text" value="Email Id"/></p> <p>5. Father's Details:-</p> <p>(a) Name: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/></p> <p>(b) Aadhaar No. (if available): <input type="text" value="Aadhaar No."/></p> <p>(c) Mobile No: <input type="text" value="Mobile No."/></p> <p>(d) Email Id: <input type="text" value="Email Id"/></p> <p>6. Spouse's (husband / wife) Details:-</p> <p>(a) Name: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/></p> <p>(b) Aadhaar No. (if available): <input type="text" value="Aadhaar No."/></p> <p>(c) Date of Birth (if available): <input type="text" value="DD - MM - YYYY"/></p> <p>(d) Age (in completed years): <input type="text" value="Age"/></p> <p>(e) Mobile No: <input type="text" value="Mobile No."/></p> <p>(f) Email Id: <input type="text" value="Email Id"/></p> <p>7. Address of the deceased at the time of death: House No: <input type="text" value="House No."/></p> <p>Locality: <input type="text" value="Locality"/> Ward number (in case of town and if available): <input type="text" value="Ward number"/></p> <p>Town or Village: <input type="text" value="Town or Village"/> Sub-district: <input type="text" value="Sub-district"/> District: <input type="text" value="District"/></p> <p>State or Union Territory: <input type="text" value="State or Union Territory"/> PIN Code: <input type="text" value="PIN Code"/></p> <p>8. Permanent address of the deceased: House No: <input type="text" value="House No."/></p> <p>Locality: <input type="text" value="Locality"/> Ward number (in case of town and if available): <input type="text" value="Ward number"/></p> <p>Town or Village: <input type="text" value="Town or Village"/> Sub-district: <input type="text" value="Sub-district"/> District: <input type="text" value="District"/></p> <p>State or Union Territory: <input type="text" value="State or Union Territory"/> PIN Code: <input type="text" value="PIN Code"/></p> <p>9. Place of death (Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or "Other place" where the death took place):</p> <p>1. Hospital / Institution Name: <input type="text" value="Name"/></p> <p>2. House 3. Other place Address: House No: <input type="text" value="House No."/></p> <p>Locality: <input type="text" value="Locality"/> Ward number (in case of town and if available): <input type="text" value="Ward number"/></p> <p>Town or Village: <input type="text" value="Town or Village"/> Sub-district: <input type="text" value="Sub-district"/> District: <input type="text" value="District"/></p> <p>State or Union Territory: <input type="text" value="State or Union Territory"/> PIN Code: <input type="text" value="PIN Code"/></p> <p>10. Informant's Details:-</p> <p>(a) Name: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/></p> <p>(b) Aadhaar No. (if available): <input type="text" value="Aadhaar No."/></p> <p>(c) Mobile No: <input type="text" value="Mobile No."/></p> <p>(d) Email Id: <input type="text" value="Email Id"/></p> <p>(e) Address: House No.: <input type="text" value="House No."/></p> <p>Locality: <input type="text" value="Locality"/> Ward number (in case of town and if available): <input type="text" value="Ward number"/></p> <p>Town or Village: <input type="text" value="Town or Village"/> Sub-district: <input type="text" value="Sub-district"/> District: <input type="text" value="District"/></p> <p>State or Union Territory: <input type="text" value="State or Union Territory"/> PIN Code: <input type="text" value="PIN Code"/></p> <p>DECLARATION: <input type="checkbox"/> I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aadhaar authentication.</p> <p><input type="checkbox"/> To the best of my knowledge and information, the detail of Aadhaar of the deceased is not available.</p> <p>(After completing all columns 1 to 21, Informant will put date and signature)</p> <p>Date: <input type="text" value="DD - MM - YYYY"/> Signature or left thumb mark of the Informant: <input type="text" value="Signature"/></p>	To be detached and sent for statistical processing	<p>To be filled by the Informant</p> <p>11. Town or village of Residence of the deceased (Place where the deceased usually lived. This can be different from the place where the death occurred. Tick appropriate entry "Town" or "Village" and write its name):</p> <p>Town or Village: <input type="text" value="Town or Village"/> Sub-district: <input type="text" value="Sub-district"/></p> <p>District: <input type="text" value="District"/> State or Union Territory: <input type="text" value="State or Union Territory"/></p> <p>PIN Code: <input type="text" value="PIN Code"/></p> <p>12. Religion (Enter appropriate religion "Hindu" or "Muslim" or "Christian" or "Sikh" or "Buddhist" or "Jain" or "Other (Please specify)"): <input type="text" value="Religion"/></p> <p>13. Occupation of the deceased: <input type="text" value="Occupation"/></p> <p>14. Type of Medical Attention received before death (Tick the appropriate entry below):</p> <p>1. Institutional <input type="checkbox"/></p> <p>2. Medical attention other than institution <input type="checkbox"/></p> <p>3. No Medical attention <input type="checkbox"/></p> <p>15. Was the cause of death medically certified? (Tick the appropriate entry below):</p> <p>1. Yes <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>16. Name of Disease or Actual Cause of Death (For all deaths irrespective of whether medically certified or not): <input type="text" value="Name of Disease"/></p> <p>17. In case this is a female death, did the death occur while pregnant, at the time of delivery or within 6 weeks after the end of pregnancy (Tick the appropriate entry below):</p> <p>1. Yes <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>18. If used to habitually smoke – for how many years? <input type="text" value="Years"/></p> <p>19. If used to habitually chew tobacco in any form – for how many years? <input type="text" value="Years"/></p> <p>20. If used to habitually chew arecanut in any form (including pan masala) – for how many years? <input type="text" value="Years"/></p> <p>21. If used to habitually drink alcohol – for how many years? <input type="text" value="Years"/></p>									
(Columns to be filled are over. Now put signature at left)											
<p>To be filled by the Registrar</p> <p>Registration No.: <input type="text" value="Registration No."/></p> <p>Registration Date: <input type="text" value="DD - MM - YYYY"/></p> <p>Registration Unit: <input type="text" value="Registration Unit"/></p> <p>Town / Village: <input type="text" value="Town / Village"/></p> <p>Sub-District: <input type="text" value="Sub-District"/></p> <p>District: <input type="text" value="District"/></p> <p>Remarks (if any): <input type="text" value="Remarks"/></p> <p>Cause of Death (as per Form 4 / 4A): <input type="text" value="Cause of Death"/></p> <p>Name and Signature of the Registrar: <input type="text" value="Signature"/></p>		<p>To be filled by the Registrar</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">District</th> <th style="width: 30%;">Name</th> <th style="width: 40%;">Code No.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sub-District</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Town/Village</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Registration Unit: <input type="text" value="Registration Unit"/></p> <p>Registration No.: <input type="text" value="Registration No."/></p> <p>Registration Date: <input type="text" value="DD - MM - YYYY"/></p> <p>Date of Death: <input type="text" value="DD - MM - YYYY"/></p> <p>Sex: Male / Female / Transgender person <input type="text" value="Sex"/></p> <p>Age of deceased: <input type="text" value="Age"/></p> <p>Place of death: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place <input type="text" value="Place of death"/></p> <p>Name and Signature of the Registrar: <input type="text" value="Signature"/></p>	District	Name	Code No.	Sub-District			Town/Village		
District	Name	Code No.									
Sub-District											
Town/Village											

Instructions for completing the Form 2: DEATH REPORT

Item No.	Instructions
1	Date, wherever it occurs, is to be provided in dd-mm-yyyy format, where dd is date in two digits, mm is month in two digits and yyyy is year in four digits. Wherever the date is written in words it should be written in full e.g 01-01-2023 shall be written as First January two thousand twenty three. Use only 'Arabic numerals' such as 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 for recording dates and other numerical entries.
2,4,5,6,10	Name, wherever it occurs, is to be provided in the format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name].
3	Enter "Male" or "Female" or "Transgender Person". Do not use abbreviation.
2(d)	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 one day, in hours.
7,8,9,10	Address, wherever it occurs, shall contain the name of State or Union Territory, District, Sub-district, Town or Village, Ward number (in case of town and if available), Locality, House number and PIN Code.
9	For Place of death tick the appropriate entry 1. Hospital / Institution 2. House 3. Other place Give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or "Other place" where the death took place.
11	Town or Village of the Residence of the deceased: Place where the deceased usually lived. This can be different from the place where the death occurred. The house address is not required to be entered.
13	Occupation - Write one of following— 1. Cultivator 2. Agriculture Labourer 3. Daily Wages Earner (Other than Agriculture Labourer) 4. Single/Family Worker/Self Employed 5. Employer 6. Government Employee 7. Private Employee (Other than Domestic Helper) 8. Domestic Helper 9. Non-Worker

Note: The informant must ensure that no item in the Death Report Form is left blank to the extent possible.

FORM NO.3
(See rule 5)
STILL BIRTH REPORT
Legal information

[SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS]
This part to be added to the Still Birth Register

To be filled by the informant

1. Date of Birth :

2. Sex (Enter "Male" or "Female" or "Transgender person") :

3. Father's Details:-
(a) Name:
(b) Aadhaar No. (If available):
(c) Mobile No:
(d) Email Id:

4. Mother's Details:-
(a) Name:
(b) Aadhaar No. (If available):
(c) Mobile No:
(d) Email Id:

5. Place of birth (Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or "Other place" where the birth took place):
1. Hospital / Institution Name : Address : House No. Locality:
Ward number (in case of town and if available): Town or Village:
Sub-district: District:
State or Union Territory: PIN Code:

6. Informant's Details:-
(a) Name:
(b) Aadhaar No. (If available):
(c) Mobile No:
(d) Email Id:
(e) Address : House No: Ward number (in case of town and if available):
Locality: Sub-district: District:
Town or Village: State or Union Territory: PIN Code:

DECLARATION:
☐ I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aadhaar authentication.

(After completing all columns 1 to 12, Informant will put date and signature)

Date: Signature or left thumb mark of the Informant

To be filled by the Registrar

Registration No. :
Registration Date:
Registration Unit :
Town / Village:
Sub-District:
District:
Remarks (If any):

Name and Signature of the Registrar

FORM NO.3
(See rule 5)
STILL BIRTH REPORT
Statistical information

[SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS]
This part to be detached and sent for statistical processing

To be filled by the Informant

7. Town or village of Residence of the mother (Place where the mother usually lives. This can be different from the place where the delivery occurred. Tick appropriate entry "Town" or "Village" and write its name):
Town or Village: Sub-district:
District: State or Union Territory:
PIN Code:

8. Age of the mother (In completed years) at the time of this birth :

9. Mother's level of education:

10. Type of attention at delivery (Tick the appropriate entry below):
1. Institutional-Government
2. Institutional - Private or Non-Government
3. Doctor, Nurse or Trained Midwife
4. Traditional Birth Attendant
5. Relatives or others

11. Duration of pregnancy (In weeks) :

12. Cause of foetal death (If known):

(In the case of multiple births, fill in a separate form for each child and write 'Twin birth' or 'Triple birth' etc., as the case may be, in the remarks column in the box below left.)

To be detached and sent for statistical processing

To be filled by the Registrar

Name	Code No.
District	
Sub-District	
Town/Village :	

Registration Unit :
Registration No. :
Registration Date:
Date of Birth :
Sex : Male / Female / Transgender person
Place of Birth: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place

Name and Signature of the Registrar

Instructions for completing the Form 3: STILL BIRTH REPORT

Item No.	Instructions																									
1	Date, wherever it occurs, is to be provided in dd-mm-yyyy format, where dd is date in two digits, mm is month in two digits and yyyy is year in four digits. Wherever the date is written in words it should be written in full e.g. 01-01-2023 shall be written as First January two thousand twenty three. Use only 'Arabic numerals' such as 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 for recording dates and other numerical entries.																									
2	Enter "Male" or "Female" or "Transgender Person". Do not use abbreviation.																									
3,4,6	Name, wherever it occurs, is to be provided in the format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name].																									
5,6	Address, wherever it occurs, shall contain the name of State or Union Territory, District, Sub-district, Town or Village, Ward number (in case of town and if available), Locality, House number and PIN Code.																									
5	For Place of birth tick the appropriate entry 1. Hospital / Institution 2. House 3. Other place Give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or 'Other place' where the birth took place.																									
7	Town or Village of residence of the mother: Place where the mother usually lives. This can be different from the place where the delivery occurred. The house address is not required to be entered.																									
9	Level of Education – Write one of following— <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1. Pre-Primary</td><td>6. Class 5</td><td>11. Class 10</td><td>16. Bachelor Undergraduate</td><td>21. Literate without formal education</td></tr> <tr> <td>2. Class 1</td><td>7. Class 6</td><td>12. Class 11</td><td>17. PG Diploma</td><td>22. Illiterate</td></tr> <tr> <td>3. Class 2</td><td>8. Class 7</td><td>13. Class 12</td><td>18. Master / Post graduate</td><td></td></tr> <tr> <td>4. Class 3</td><td>9. Class 8</td><td>14. ITI</td><td>19. M.Phil</td><td></td></tr> <tr> <td>5. Class 4</td><td>10. Class 9</td><td>15. Diploma Certificate</td><td>20. Doctorate & above</td><td></td></tr> </table> (Enter the completed level of education e.g. if studied upto class VII but passed only class VI, write class VI)	1. Pre-Primary	6. Class 5	11. Class 10	16. Bachelor Undergraduate	21. Literate without formal education	2. Class 1	7. Class 6	12. Class 11	17. PG Diploma	22. Illiterate	3. Class 2	8. Class 7	13. Class 12	18. Master / Post graduate		4. Class 3	9. Class 8	14. ITI	19. M.Phil		5. Class 4	10. Class 9	15. Diploma Certificate	20. Doctorate & above	
1. Pre-Primary	6. Class 5	11. Class 10	16. Bachelor Undergraduate	21. Literate without formal education																						
2. Class 1	7. Class 6	12. Class 11	17. PG Diploma	22. Illiterate																						
3. Class 2	8. Class 7	13. Class 12	18. Master / Post graduate																							
4. Class 3	9. Class 8	14. ITI	19. M.Phil																							
5. Class 4	10. Class 9	15. Diploma Certificate	20. Doctorate & above																							
12.	Cause of foetal death – Write one of following— <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1. Bleeding (Haemorrhage)</td><td>7. Diabetes in the mother</td><td>13. Infection in the mother Parvovirus B19</td></tr> <tr> <td>2. Problems with Placental</td><td>8. Infection in the mother Coxsackie virus</td><td>14. Infection in the mother Q fever</td></tr> <tr> <td>3. Problem with umbilical cord</td><td>9. Infection in the mother Herpes simplex</td><td>15. Infection in the mother Rubella (German measles)</td></tr> <tr> <td>4. Pre-eclampsia</td><td>10. Infection in the mother Leptospirosis</td><td>16. Infection in the mother Flu</td></tr> <tr> <td>5. Genetic physical defect in the baby</td><td>11. Infection in the mother Lyme disease</td><td>17. Infection in the mother Toxoplasmosis</td></tr> <tr> <td>6. Liver disorder in the mother (obstetric cholestasis)</td><td>12. Infection in the mother Malaria</td><td>18. Not stated</td></tr> </table>	1. Bleeding (Haemorrhage)	7. Diabetes in the mother	13. Infection in the mother Parvovirus B19	2. Problems with Placental	8. Infection in the mother Coxsackie virus	14. Infection in the mother Q fever	3. Problem with umbilical cord	9. Infection in the mother Herpes simplex	15. Infection in the mother Rubella (German measles)	4. Pre-eclampsia	10. Infection in the mother Leptospirosis	16. Infection in the mother Flu	5. Genetic physical defect in the baby	11. Infection in the mother Lyme disease	17. Infection in the mother Toxoplasmosis	6. Liver disorder in the mother (obstetric cholestasis)	12. Infection in the mother Malaria	18. Not stated							
1. Bleeding (Haemorrhage)	7. Diabetes in the mother	13. Infection in the mother Parvovirus B19																								
2. Problems with Placental	8. Infection in the mother Coxsackie virus	14. Infection in the mother Q fever																								
3. Problem with umbilical cord	9. Infection in the mother Herpes simplex	15. Infection in the mother Rubella (German measles)																								
4. Pre-eclampsia	10. Infection in the mother Leptospirosis	16. Infection in the mother Flu																								
5. Genetic physical defect in the baby	11. Infection in the mother Lyme disease	17. Infection in the mother Toxoplasmosis																								
6. Liver disorder in the mother (obstetric cholestasis)	12. Infection in the mother Malaria	18. Not stated																								

Note: The informant must ensure that no item in the Still Birth Report Form is left blank to the extent possible.

FORM NO. 4

(See rule 7)

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

(Hospital In-patients. Not to be used for still births)

To be sent to Registrar along with Form No. 2 (Death Report)

A copy of this certificate to be provided to the nearest relative of the deceased

Name of the Hospital

I hereby certify that the person whose particulars are given below died in the hospital in Ward No.....

on

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

 at.....A.M. / P.M.

NAME OF DECEASED:		First Name	Middle Name	Last Name	For use of Statistical Office
Sex	Age at Death				
	If 1 year or more, age in years	If less than 1 year, age in month	If less than one month, age in days	If less than one day, age in hours	
1. Male 2. Female 3. Transgender person					
CAUSE OF DEATH					Interval between onset and 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 condition causing it					
(c)					

Manner of Death

How did the injury occur?

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

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

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

Name and signature of the Medical Attendant certifying the cause of death

Date of verification :

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

SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

Directions for completing the form

Name of deceased : To be provided in the format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name]. If deceased is an infant, not yet named at time of death, leave blank.

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 one 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 and II. Part I is again divided into three parts, lines (a) (b) (c). If a single morbid condition completely explains the deaths, then this will be written on line (a) of Part I, and nothing more need be written in the rest of Part I or in Part II, for example, smallpox, 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 be appear on the certificate at all since they are modes of dying and not causes 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 course of events leading to death. If so, line (c) will be completed. The underlying cause to be tabulated is always written in last in Part I.

Morbid conditions or injuries may be present which were not directly related to the train of events causing death but which contributed in some way to the fatal 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 the 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 certificates as legibly 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 deaths : Both the external cause and the nature of the injury are needed and should be stated. The doctor or hospital should always be able to describe the injury, stating the part of the body injured, and should give the external cause in full when this is shown. Example : (a) Hypostatic pneumonia; (b) Fracture of neck of femur; (c) Fall from ladder at home.

Maternal deaths : Be sure to answer the question 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 or senility : Old age (or senility) should not be given as a 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, II old age.

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

Example : *Anaemia* – Give type of anaemia, if known. *Neoplasm* – 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 on pulmonale, etc., are mentioned, give the antecedent conditions. *Tetanus* – Describe the antecedent injury, if known. *Operation* – State the condition for which the operation was performed. *Dysentery* – Specify whether bacillary, amoebic, etc., if known. *Complications 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 symptom.

Manner of Death : Deaths not due to external cause should be identified as 'Natural'. If the cause of death is known, but it is not known whether it was the result of an accident, suicide or homicide and is subject to further investigation, the cause of death should invariably be filled in and the manner of death should be shown as 'Pending investigation'.

In accordance with the provisions of section 10(2) of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023), a certificate of cause of death shall be given to the Registrar and a copy of the same to the nearest relative of the deceased.

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 given to the person required under the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) to give information concerning the death to Registrar along with Form No. 2 (Death Report))

I hereby certify that the deceased Shri/Smt./Km. Son /Wife/ Daughter of resident of was under my treatment from to and he/she died

on

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

 at A.M. / P.M.

NAME OF DECEASED:					For use of Statistical Office
First Name		Middle Name	Last Name		
Sex	Age at Death				
	If 1 year or more, age in years	If less than 1 year, age in month	If less than one month, age in days	If less than one day, age in hours	
1. Male 2. Female 3. Transgender Person					
CAUSE OF DEATH					Interval between onset and death approx.
<p>I</p> <p>Immediate cause (a) due to (or as a consequences of)</p> <p>State the disease, injury or complication which caused death, not the mode of dying such as heart failure, asthenia, etc.</p>					
<p>Antecedent cause (b) due to (or as a consequences of)</p> <p>Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating underlying conditions last</p>					
<p>(c)</p> <p>II</p> <p>Other significant conditions contributing to the death but not related to the disease or condition causing it</p>					

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

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

Name and signature of the Medical Practitioner certifying the cause of death

Date of verification :

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

SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

Directions for completing the form

Name of deceased: To be provided in the following format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name]. If deceased is an infant, not yet named at time of death, leave blank.

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 one 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 and II. Part I is again divided into three parts, lines (a) (b) (c). If a single morbid condition completely explains the deaths, then this will be written on line (a) of Part I, and nothing more need be written in the rest of Part I or in Part II, for example, smallpox, 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 be appear on the certificate at all since they are modes of dying and not causes 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 course of events leading to death. If so, line (c) will be completed. The underlying cause to be tabulated is always written in last in Part I.

Morbid conditions or injuries may be present which were not directly related to the train of events causing death but which contributed in some way to the fatal 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 the 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 certificates as legibly 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 deaths : Both the external cause and the nature of the injury are needed and should be stated. The doctor or hospital should always be able to describe the injury, stating the part of the body injured, and should give the external cause in full when this is shown. Example : (a) Hypostatic pneumonia; (b) Fracture of neck of femur; (c) Fall from ladder at home.

Maternal deaths : Be sure to answer the question 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 or senility : Old age (or senility) should not be given as a 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, II old age.

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

Example : *Anaemia* – Give type of anaemia, if known. *Neoplasm* – 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 on pulmonale, etc., are mentioned, give the antecedent conditions. *Tetanus* – Describe the antecedent injury, if known. *Operation* – State the condition for which the operation was performed. *Dysentery* – Specify whether bacillary, amoebic, etc., if known. *Complications 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 symptom.

In accordance with the provisions of section 10(3) of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023), a certificate of cause of death shall be given to the person required under this Act to give information concerning the death.



प्रपत्र- 5

Form-5

सं. No.

State Govt.
Emblem.....सरकार
GOVERNMENT OFविभाग / (प्रमाणपत्र जारी करने वाले स्थानीयनिकाय का नाम).....
DEPARTMENT OF/ (Name of local body issuing certificate).

जन्म प्रमाण-पत्र BIRTH CERTIFICATE

(जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 12/17 तथा (राज्य का नाम)....., जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन) नियम, .. (संशोधित नियम को अधिसूचित किए जाने का वर्ष)..... के नियम 8/13 के अंतर्गत जारी किया गया)

(Issued under Section 12 / 17 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) and Rule 8 / 13 of the (Name of State)..... Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules..... (Year of notifying the revised rules).

यह प्रमाणित किया जाता है कि निम्नलिखित सूचना जन्म के मूल लेख से ली गई है जो कि (स्थानीय क्षेत्र).....
..... उप जिला..... जिला राज्य के रजिस्टर में
उल्लिखित है।

This is to certify that the following information has been taken from the original record of birth which is the register for (local area/local body) of Sub-district..... of District of State/Union territory

नाम/Name:

लिंग/Sex.....

जन्म तिथि /Date of Birth.....

जन्म स्थान /Place of birth.....

माता का नाम/Name of Mother.....

माता का आधार नं० /Aadhaar No. of Mother:

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

पिता का नाम/Name of Father

पिता का आधार नं०/Aadhaar No. of Father:

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

बच्चे के जन्म के समय माता पिता का पता/

Address of parents at the time of birth of the child :

.....
.....
.....
.....

माता पिता का स्थायी पता/

Permanent address of parents:

.....
.....
.....
.....

पंजीकरण संख्या/Registration No :

पंजीकरण दिनांक/Date of Registration.....

टिप्पणी/Remarks(if any).....

जारी करने की तिथि/Date of issue:.....

प्राधिकारी के हस्ताक्षर /Signature of the issuing authority

प्राधिकारी का पता/ Address of the issuing authority

मोहर/Seal

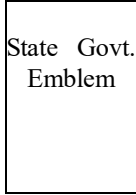
प्रत्येक जन्म एवं मृत्यु का पंजीकरण सुनिश्चित करें/ Ensure registration of every birth and death



प्रपत्र-6

Form-6

सं. No.



.....सरकार
GOVERNMENT OF

.....विभाग /..(प्रमाणपत्र जारी करने वाले स्थानीयनिकाय का नाम).....
DEPARTMENT OF/ (Name of local body issuing certificate).



मृत्यु प्रमाण-पत्र
DEATH CERTIFICATE

(जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 12/17 तथा(राज्य का नाम)....., जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन) नियम, .. (संशोधित नियम को अधिसूचित किए जाने का वर्ष)..... के नियम 8/13 के अंतर्गत जारी किया गया)

(Issued under Section 12 / 17 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) and Rule 8 / 13 of the (Name of State)Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules.....(Year of notifying the revised rules).

यह प्रमाणित किया जाता है कि निम्नलिखित सूचना मृत्यु के मूल लेख से ली गई है जो कि (स्थानीय क्षेत्र).....
..... उप जिला.....जिला.....राज्य..... के रजिस्टर में उल्लिखित है।

This is to certify that the following information has been taken from the original record of death which is the register for (local area/local body) of Sub-district..... of Districtof State/Union territory

नाम/Name:

मृतक का आधार नं०/Aadhaar No. of deceased:

X	X	X	X	X	X	X	X	X								
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

लिंग/Sex.....

मृत्यु की तिथि/Date of Death.....

मृत्यु का स्थान/Place of Death.....

माता का नाम /Name of Mother.....

माता का आधार नं०/Aadhaar No. of Mother:

X	X	X	X	X	X	X	X	X								
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

पिता का नाम /Name of Father.....

पिता का आधार नं०/Aadhaar No. of Father:

X	X	X	X	X	X	X	X	X								
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

पति/पत्नी का नाम/Name of Husband / Wife.....

पति/पत्नी का आधार नं०/Aadhaar No. of Husband / Wife:

X	X	X	X	X	X	X	X	X								
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

मृतक का मृत्यु के समय का पता /

Address of the deceased at the time of death :

.....
.....
.....

मृतक का स्थायी पता /

Permanent address of the deceased:

.....
.....
.....

पंजीकरण संख्या/Registration No :.....

पंजीकरण दिनांक/Date of Registration.....

टिप्पणी/Remarks(if any).....

जारी करने की तिथि/Date of issue:.....

प्राधिकारी के हस्ताक्षर /Signature of the issuing authority

प्राधिकारी का पता/ Address of the issuing authority

मोहर/Seal

प्रत्येक जन्म एवं मृत्यु का पंजीकरण सुनिश्चित करें/ Ensure registration of every birth and death

FORM NO.7
(See rule 12)
BIRTH REGISTER
Legal information
This part to be added to the Birth Register

To be filled by the Informant																																															
1.	Date of Birth: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 150px;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>-</td><td>M</td><td>M</td><td>-</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr></table>	D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y																																				
D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y																																						
2.	Sex (Enter "Male" or "Female" or "Transgender person") :																																														
3.	Child's Details (If not named, leave blank) :-																																														
(a)	Name, If any : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>First Name</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>Middle Name</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>Last Name</td></tr></table>	First Name	Middle Name	Last Name																																											
First Name																																															
Middle Name																																															
Last Name																																															
(b)	Aadhaar No. (if available): <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 150px;"><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></tr></table>																																														
4.	Father's Details:-																																														
(a)	Name: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>First Name</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>Middle Name</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>Last Name</td></tr></table>	First Name	Middle Name	Last Name																																											
First Name																																															
Middle Name																																															
Last Name																																															
(b)	Aadhaar No. (if available): <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 150px;"><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></tr></table>																																														
(c)	Mobile No: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																														
(d)	Email Id: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 150px;"><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></tr></table>																																														
5.	Mother's Details:-																																														
(a)	Name: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>First Name</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>Middle Name</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>Last Name</td></tr></table>	First Name	Middle Name	Last Name																																											
First Name																																															
Middle Name																																															
Last Name																																															
(b)	Aadhaar No. (if available): <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 150px;"><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></tr></table>																																														
(c)	Mobile No: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																														
(d)	Email Id: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 150px;"><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></tr></table>																																														
6.	Address of parents at the time of Birth of the Child: House No: Locality: Ward number (In case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																														
7.	Permanent address of parents: House No: Locality: Ward number (In case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																														
8.	Place of birth (Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or "Other place" where the birth took place) : 1. Hospital / Institution Name : 2. House 3. Other place Address : House No: Locality: Ward number (In case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																														
9.	Informant's Details:																																														
(a)	Name: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>First Name</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>Middle Name</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>Last Name</td></tr></table>	First Name	Middle Name	Last Name																																											
First Name																																															
Middle Name																																															
Last Name																																															
(b)	Aadhaar No. (if available): <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 150px;"><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></tr></table>																																														
(c)	Mobile No: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																														
(d)	Email Id: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 150px;"><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></tr></table>																																														
(e)	Address : House No: Locality: Ward number (In case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																														
DECLARATION: <input type="checkbox"/> I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aadhaar authentication. (After completing all columns 1 to 23, Informant will put date and signature)																																															
Date:	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 150px;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>-</td><td>M</td><td>M</td><td>-</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr></table> Signature or left thumb mark of the Informant	D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y																																				
D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y																																						
<i>To be filled by the Registrar</i>																																															
Registration No. : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 150px;"><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></tr></table> Registration Date: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 150px;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>-</td><td>M</td><td>M</td><td>-</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr></table> Registration Unit : <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 150px;"><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></tr></table> Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any):																				D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y																		
D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y																																						
Name and Signature of the Registrar																																															

FORM NO.8
(See rule 12)
DEATH REGISTER
Legal Information

This part to be added to the Death Register

To be filled by the Informant	
1.	Date of Death <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="DD"/> - <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="MM"/> - <input type="text" value="YY"/> <input type="text" value="YY"/> <input type="text" value="YY"/> <input type="text" value="YY"/>
2. Deceased's Details:-	
(a)	Name: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/>
(b)	Aadhaar No. (If available): <input style="width: 100px;" type="text" value="Aadhaar No."/>
(c)	Date of Birth (If available): <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="DD"/> - <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="MM"/> - <input type="text" value="YY"/> <input type="text" value="YY"/> <input type="text" value="YY"/> <input type="text" value="YY"/>
(d)	Age: <input type="text" value="Age"/>
3.	Sex (Enter "Male" or "Female" or "Transgender person") :
4. Mother's Details:-	
(a)	Name: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/>
(b)	Aadhaar No. (If available): <input style="width: 100px;" type="text" value="Aadhaar No."/>
(c)	Mobile No: <input style="width: 100px;" type="text" value="Mobile No."/>
(d)	Email Id: <input style="width: 100px;" type="text" value="Email Id"/>
5. Father's Details:-	
(a)	Name: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/>
(b)	Aadhaar No. (If available): <input style="width: 100px;" type="text" value="Aadhaar No."/>
(c)	Mobile No: <input style="width: 100px;" type="text" value="Mobile No."/>
(d)	Email Id: <input style="width: 100px;" type="text" value="Email Id"/>
6. Spouse's (husband / wife) Details:-	
(a)	Name: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/>
(b)	Aadhaar No. (If available): <input style="width: 100px;" type="text" value="Aadhaar No."/>
(c)	Date of Birth (If available): <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="DD"/> - <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="MM"/> - <input type="text" value="YY"/> <input type="text" value="YY"/> <input type="text" value="YY"/> <input type="text" value="YY"/>
(d)	Age (In completed years): <input type="text" value="Age"/>
(e)	Mobile No: <input style="width: 100px;" type="text" value="Mobile No."/>
(f)	Email Id: <input style="width: 100px;" type="text" value="Email Id"/>
7. Address of the deceased at the time of death:	
House No: <input style="width: 50px;" type="text" value="House No."/>	
Locality: <input style="width: 100px;" type="text" value="Locality"/> Ward number (In case of town and if available): <input style="width: 50px;" type="text" value="Ward No."/>	
Town or Village: <input style="width: 100px;" type="text" value="Town or Village"/> Sub-district: <input style="width: 50px;" type="text" value="Sub-district"/> District: <input style="width: 50px;" type="text" value="District"/>	
State or Union Territory: <input style="width: 100px;" type="text" value="State or Union Territory"/> PIN Code: <input style="width: 50px;" type="text" value="PIN Code"/>	
8. Permanent address of the deceased:	
House No: <input style="width: 50px;" type="text" value="House No."/>	
Locality: <input style="width: 100px;" type="text" value="Locality"/> Ward number (In case of town and if available): <input style="width: 50px;" type="text" value="Ward No."/>	
Town or Village: <input style="width: 100px;" type="text" value="Town or Village"/> Sub-district: <input style="width: 50px;" type="text" value="Sub-district"/> District: <input style="width: 50px;" type="text" value="District"/>	
State or Union Territory: <input style="width: 100px;" type="text" value="State or Union Territory"/> PIN Code: <input style="width: 50px;" type="text" value="PIN Code"/>	
9. Place of death (Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or "Other place" where the death took place) :	
1. Hospital / Institution <input type="checkbox"/> Name : <input style="width: 100px;" type="text" value="Name"/>	
2. House <input type="checkbox"/> Address : House No: <input style="width: 50px;" type="text" value="House No."/>	
Locality: <input style="width: 100px;" type="text" value="Locality"/> Ward number (In case of town and if available): <input style="width: 50px;" type="text" value="Ward No."/>	
Town or Village: <input style="width: 100px;" type="text" value="Town or Village"/> Sub-district: <input style="width: 50px;" type="text" value="Sub-district"/> District: <input style="width: 50px;" type="text" value="District"/>	
State or Union Territory: <input style="width: 100px;" type="text" value="State or Union Territory"/> PIN Code: <input style="width: 50px;" type="text" value="PIN Code"/>	
3. Other place <input type="checkbox"/> Address : House No: <input style="width: 50px;" type="text" value="House No."/>	
Locality: <input style="width: 100px;" type="text" value="Locality"/> Ward number (In case of town and if available): <input style="width: 50px;" type="text" value="Ward No."/>	
Town or Village: <input style="width: 100px;" type="text" value="Town or Village"/> Sub-district: <input style="width: 50px;" type="text" value="Sub-district"/> District: <input style="width: 50px;" type="text" value="District"/>	
State or Union Territory: <input style="width: 100px;" type="text" value="State or Union Territory"/> PIN Code: <input style="width: 50px;" type="text" value="PIN Code"/>	
10. Informant's Details:-	
(a)	Name: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/>
(b)	Aadhaar No. (If available): <input style="width: 100px;" type="text" value="Aadhaar No."/>
(c)	Mobile No: <input style="width: 100px;" type="text" value="Mobile No."/>
(d)	Email Id: <input style="width: 100px;" type="text" value="Email Id"/>
(e)	Address : House No.: <input style="width: 50px;" type="text" value="House No."/>
Locality: <input style="width: 100px;" type="text" value="Locality"/> Ward number (In case of town and if available): <input style="width: 50px;" type="text" value="Ward No."/>	
Town or Village: <input style="width: 100px;" type="text" value="Town or Village"/> Sub-district: <input style="width: 50px;" type="text" value="Sub-district"/> District: <input style="width: 50px;" type="text" value="District"/>	
State or Union Territory: <input style="width: 100px;" type="text" value="State or Union Territory"/> PIN Code: <input style="width: 50px;" type="text" value="PIN Code"/>	
DECLARATION: <input type="checkbox"/> I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aadhaar authentication.	
<input type="checkbox"/> To the best of my knowledge and information, the detail of Aadhaar of the deceased is not available.	
<i>(After completing all columns 1 to 21, Informant will put date and signature)</i>	
Date: <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="DD"/> - <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="MM"/> - <input type="text" value="YY"/> <input type="text" value="YY"/> <input type="text" value="YY"/> <input type="text" value="YY"/>	
Signature or left thumb mark of the Informant	
To be filled by the Registrar	
Registration No. : <input style="width: 100px;" type="text" value="Registration No."/>	
Registration Date: <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="DD"/> - <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="MM"/> - <input type="text" value="YY"/> <input type="text" value="YY"/> <input type="text" value="YY"/> <input type="text" value="YY"/>	
Registration Unit :	
Town / Village: <input style="width: 100px;" type="text" value="Town / Village"/> Sub-District: <input style="width: 50px;" type="text" value="Sub-District"/> District: <input style="width: 50px;" type="text" value="District"/>	
Remarks (If any):	
Cause of death (As per Form 4 / 4A):	
Name and Signature of the Registrar	

FORM NO.9
(See rule 12)
STILL BIRTH REGISTER
Legal information
This part to be added to the Still Birth Register

<i>To be filled by the Informant</i>																			
1.	Date of Birth : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>-</td><td>M</td><td>M</td><td>-</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr></table>	D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y								
D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y										
2.	Sex (Enter "Male" or "Female" or "Transgender person") :																		
3.	Father's Details:-																		
(a)	Name: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>First Name</td><td>Middle Name</td><td>Last Name</td></tr></table>	First Name	Middle Name	Last Name															
First Name	Middle Name	Last Name																	
(b)	Aadhaar No. (If available): <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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></tr></table>																		
(c)	Mobile No: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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></tr></table>																		
(d)	Email Id:																		
4.	Mother's Details:-																		
(a)	Name: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>First Name</td><td>Middle Name</td><td>Last Name</td></tr></table>	First Name	Middle Name	Last Name															
First Name	Middle Name	Last Name																	
(b)	Aadhaar No. (If available): <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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></tr></table>																		
(c)	Mobile No: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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></tr></table>																		
(d)	Email Id:																		
5.	Place of birth (Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or "Other place" where the birth took place) :																		
	1. Hospital / Institution Name :																		
	2. House 3. Other place Address : House No. Locality:																		
	Ward number (In case of town and if available): Town or Village:																		
	Sub-district: District:																		
	State or Union Territory: PIN Code: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
6.	Informant's Details:																		
(a)	Name: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>First Name</td><td>Middle Name</td><td>Last Name</td></tr></table>	First Name	Middle Name	Last Name															
First Name	Middle Name	Last Name																	
(b)	Aadhaar No. (If available): <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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></tr></table>																		
(c)	Mobile No: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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></tr></table>																		
(d)	Email Id:																		
(e)	Address : House No: Locality: Ward number (In case of town and if available):																		
	Town or Village: Sub-district: District:																		
	State or Union Territory: PIN Code: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
DECLARATION:																			
<input type="checkbox"/> I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aadhaar authentication.																			
<i>(After completing all columns 1 to 12, informant will put date and signature)</i>																			
Date: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>-</td><td>M</td><td>M</td><td>-</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr></table>	D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y	Signature or left thumb mark of the informant								
D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y										
<i>To be filled by the Registrar</i>																			
Registration No. :																			
Registration Date: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>-</td><td>M</td><td>M</td><td>-</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr></table>		D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y								
D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y										
Registration Unit :																			
Town / Village:																			
Sub-District:																			
District:																			
Remarks (If any):																			
Name and Signature of the Registrar																			

FORM No.10
(See rule 13)

NON-AVAILABILITY CERTIFICATE

(Issued under Section 17 of the Registration of Births & Deaths Act, 1969 (amended in 2023))

This is to certify that a search has been made on the request of
Shri/Smt./Kum..... son/wife/daughter of
..... in the registration records for the year(s)
..... relating to (Local area)..... of
(Sub-District) of (District) of
(State) and found that the event relating to the birth/death of
..... son/daughter of was not
registered.

Date :

d	d	-	m	m	-	y	y	y	y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Signature of issuing authority

Seal

FORM No. 11 (See rule 14)**SUMMARY MONTHLY REPORT OF BIRTHS**

1. Report for the Month of: _____ Year : _____
2. District: _____
3. Town/ Village: _____
4. Registration Unit: _____
5. Number of Births Registered during the month:

Male (1)	Female (2)	Transgender Person (3)	Total* (1+2+3)

6. Time Gap in Birth registration:
 - (a) Within Time limit (21 days) of their occurrence:
 - (b) More than 21 days but within 30 days of their occurrence:
 - (c) More than 30 days but within one year of their occurrence:
 - (d) After one year of their occurrence:

Total* (a + b + c + d):

* Total should be equal to the number of statistical part of Birth Report Forms (Form No.1) attached with this monthly report.

Signature and Name
of the Registrar

Date :

d	d	-	m	m	-	y	y	y	y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Submitted to the Chief Registrar/District Registrar

FORM No. 12 (See rule 14)

SUMMARY MONTHLY REPORT OF DEATHS

1. Report for the Month of: _____ Year _____
2. District: _____
3. Town/ Village: _____
4. Registration Unit: _____
5. Details of Deaths Registered during the Month:

Deaths (Including all Infant deaths & Child Deaths & Maternal Deaths)				Infants Deaths (Age less than one year)				Child Deaths (Age one year or more but less than five years)				Maternal Deaths
Male	Female	Transgender Person	Total*	Male	Female	Transgender Person	Total	Male	Female	Transgender Person	Total	

6. Time Gap in Death registration:
 - (a) Within Time limit (21 days) of their occurrence:
 - (b) More than 21 days but within 30 days of their occurrence:
 - (c) More than 30 days but within one year of their occurrence:
 - (d) After one year of their occurrence:

Total* (a + b + c + d):

Note: Infant and Child Deaths & Maternal Deaths should also be included in the Deaths.

* Total should be equal to the number of statistical part of Death Report Forms (Form No.2) attached with this monthly report.

Signature and Name
of the Registrar

Date :

d	d	-	m	m	-	y	y	y	y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Submitted to the Chief Registrar/District Registrar

FORM No. 13 (See rule 14)

SUMMARY MONTHLY REPORT OF STILL BIRTHS

1. Report for the Month of: _____ Year : _____
2. District: _____
3. Town/ Village: _____
4. Registration Unit: _____
4. Number of Still Births Registered during the month:

Male (1)	Female (2)	Transgender Person (3)	Total* (1+2+3)

5. Time Gap in Birth registration:
 - (a) Within Time limit (21 days) of their occurrence:
 - (b) More than 21 days but within 30 days of their occurrence:
 - (c) More than 30 days but within one year of their occurrence:
 - (d) After one year of their occurrence:

Total* (a + b + c + d):

* Total should be equal to the number of statistical part of Still Birth Report Forms (Form No.1) attached with this monthly report.

Signature and Name
of the Registrar

Date :

d	d	-	m	m	-	y	y	y	y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Submitted to the Chief Registrar/District Registrar

Form No. 14
(See rule 9)

Format of Self-attested document for Delayed Reporting of BIRTH / DEATH under Section 13(2) of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023)

DECLARATION

I.....,son/daughter/wife ofresident ofdo hereby declare that:

1. I am the informant for the delayed reporting of Birth / Death of ____ (name of child / deceased) ____ son/daughter/spouse of;
2. He / she was born / died on ____ (date of birth / death) ____ at (place of birth / death).....;
3. He / she was attended at birth /death by _____ who resides at.....;
4. The reason(s) for the delay in reporting of his / her birth /death are _____;
5. His / her birth / death certificate is required for the purpose of _____;

DECLARATION:

☐ I, declare that the above information is true and I have not reported the above event to any Registrar and no birth / death certificate has been issued in this respect, to the best of my knowledge and belief.

Name and Signature or
thumb mark of the informant

Date

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

Notes:

1. Date, wherever it occurs, is to be provided in dd-mm-yyyy format, where dd is date in two digits, mm is month in two digits and yyyy is year in four digits. Wherever the date is written in words it should be written in full e.g 01-01-2023 shall be written as First January two thousand twenty three. Use only 'Arabic numerals' such as 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 for recording dates and other numerical entries.
2. Name, wherever it occurs, is to be provided in the format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name].
3. Address, wherever it occurs, shall contain the name of State or Union Territory, District, Sub-district, Town or Village, Ward number (in case of town and if available), Locality, House number and PIN Code.

Form No. 15
(See rule 16 A)

FORM FOR APPEAL

(To be submitted to District Registrar / Chief Registrar)
(under Section 25(A) of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023))

1. Aggrieved by an action or order of: Registrar / District Registrar or any officer authorized to act as Registrar / District Registrar (details of office to be provided as below)

State	District	Sub-District	Village/Town	Locality	RU ID	Name of Registrar / Distt. Registrar or any officer authorized to act as Registrar / District Registrar

2. Account of Event Leading to appeal with date and order no. etc.

(Provide a detailed account of the occurrence, use attachments, if necessary)

--

DECLARATION:

☐ I have furnished true information to the best of my knowledge and belief.

(Signature of the appellant)

Date

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

Appellant details:

Name	Address	Aadhaar no.	Email Id	Mobile No.

Notes:

1. Please retain a copy of this form for your own records.
2. Appeal, if any, must be submitted to District Registrar / Chief Registrar within a period of 30 days from the date of such action or receipt of such order with which the person is being aggrieved.
3. Date, wherever it occurs, is to be provided in dd-mm-yyyy format, where dd is date in two digits, mm is month in two digits and yyyy is year in four digits. Wherever the date is written in words it should be written in full e.g 01-01-2023 shall be written as First January two thousand twenty three. Use only 'Arabic numerals' such as 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 for recording dates and other numerical entries.
4. Name, wherever it occurs, is to be provided in the format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name].
5. Address, wherever it occurs, shall contain the name of State or Union Territory, District, Sub-district, Town or Village, Ward number (in case of town and if available), Locality, House number and PIN Code."

By order of the Governor

(_____)

Secretary to the Government of

अधीक्षक, सचिवालय मुद्रणालय,
बिहार, पटना द्वारा प्रकाशित एवं मुद्रित।
बिहार गजट (असाधारण) 1117-571+10-डी0टी0पी0।
Website: <https://egazette.bihar.gov.in>