रजिस्ट्री सं. डी.एल.- 33002/99

भारत सरकार GOVERNMENT OF INDIA



एस.जी.-डी.एल.-अ.-23102024-258175 SG-DL-E-23102024-258175

असाधारण EXTRAORDINARY

प्राधिकार से प्रकाशित PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 257] No. 257] दिल्ली, मंगलवार, अक्तूबर 15, 2024/आश्विन 23, 1946

DELHI, TUESDAY, OCTOBER 15, 2024/ASHVINA 23, 1946

[रा.रा.रा.क्षे.दि. सं. 219

[N. C. T. D. No. 219

भाग IV PART IV

राष्ट्रीय राजधानी राज्य क्षेत्र दिल्ली सरकार GOVERNMENT OF THE NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI

अर्थ एवं सांख्यिकी निदेशालय तथा मुख्य पंजीकार (जन्म एवं मृत्यु) कार्यालय अधिसूचना

दिल्ली, 11 अक्तूबर, 2024

- सं. फा. एफ.4(43)/जीवनांक/असिन/2024/5773.—जन्म और मृत्यु रिजस्ट्रीकरण अधिनियम,1969 (1969 का अधिनियम संख्यांक 18) की धारा 30 द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए दिल्ली राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार के उप-राज्यपाल केंद्रीय सरकार के अनुमोदन से दिल्ली जन्म और मृत्यु रिजस्ट्रीकरण नियम,1999 का संशोधन करने के लिए जन्म और मृत्यु रिजस्ट्रीकरण (संशोधन)नियम,2024 बनाते हैं, अर्थातु:-
- 1.(1)इन नियमों का संक्षिप्त नाम दिल्ली जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन)नियम,2024 है।
- (2)ये राजपत्र में उनके प्रकाशन की तारीख को प्रवृत्त होंगे।
- 2. दिल्ली जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण नियम,1999 (जिसे इसमें इसके पश्चात् मूल नियम कहा गया है) के नियम 5 के उपनियम (3) के पश्चात् निम्नलिखित उपनियम अंतःस्थापित किए जाएंगे, अर्थात्:-
 - "(4) दिल्ली जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन)नियम,2024 में निर्दिष्ट प्ररूपों में नाम जब कभी वह आता है, को (प्रथम नाम)(मध्य नाम)(अंतिम नाम)के प्ररूप में दिया जाएगा और नाम में कोई संक्षेपांक्षर अंतर्विष्ट नहीं होंगे ।

6724 DG/2024 (1)

- (5)दिल्ली जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन) नियम,2024 में निर्दिष्ट प्ररूपों में तारीख, जब कभी वह आती है, को दिन-मास-वर्ष के प्ररूप में दी जाएगी,जिसमें दिन को दो अंकों में, मास को दो अंकों में और वर्ष को चार अंकों में दिया जाएगा।
- (6)दिल्ली जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन)नियम,2024 में निर्दिष्ट प्ररूपों में पता में राज्य या संघ राज्यक्षेत्र का नाम, जिला, उपजिला, नगर या गाँव, वार्ड संख्या (नगर की दशा में और यदि उपलब्ध हों),मोहल्ला, मकान संख्या और पिन कोड, अंतर्विष्ट होगा।"।

3. मूल नियमों के नियम 7 में,-

- (क) पार्श्व शीर्ष में "धारा 10(3)" शब्द, अंक और कोष्ठक के स्थान पर "धारा 10 की उपधारा (2) और उपधारा (3)" शब्द, अंक और कोष्ठक रखे जाएंगे ;
- (ख) "मृत्यु के कारण का प्रमाणपत्र" शब्दों के पश्चात् "जिसके अन्तर्गत बीमारी का वृतांत यदि कोई हो" शब्द अंतःस्थापित किए जाएंगे ;
- (ग) "उपधारा (3)" शब्द, कोष्ठक और अंक के स्थान पर "उपधारा (2) और उपधारा (3)" शब्द, कोष्ठक और अंक रखे जाएंगे :
- (घ) "प्ररूप सं. 4 अथवा 4क" शब्द, अंक और अक्षर के स्थान पर "क्रमशः प्ररूप सं. 4 और प्ररूप सं. 4क" शब्द, अंक और अक्षर रखे जाएंगे।

4. मूल नियमों के नियम 8 में,-

(क) पार्श्व शीर्ष में "पंजीकरण की प्रविष्टियों के उद्धरण का दिया जाना" शब्दों के स्थान पर "जन्म या मृत्यु रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र का दिया जाना," शब्द रखे जाएंगे ;

(ख) उपनियम (1) में,-

- (i) "दी जाने वाली प्रविष्टियों के ब्यौरे का उद्धरण" शब्दों के स्थान पर "उद्धृत जन्म या मृत्यु प्रमाणपत्र" शब्द रखे जाएंगे ;
- (ii) "सूचना देने वाले प्रविष्टियों का ब्यौरा व्यक्तियों के" शब्दों के स्थान पर, "सूचना देने वाले व्यक्तियों को इलैक्ट्रानिक रूप से या अन्यथा," शब्द अंतःस्थापित किए जाएंगे;
- (ग) उपनियम (2) के स्थान पर, निम्नलिखित उपनियम रखा जाएगा ,अर्थात्:-
 - "(2) धारा (8)की उपधारा (1) के, यथास्थिति, खंड (क),(कक),(कख)और (कग) में निर्दिष्ट यथास्थिति, जन्म और मृत्यु की निवासीय घटनाओं की दशा में, जो सीधे जन्म और मृत्यु रिजस्ट्रार को रिपोर्ट की जाती हैं,यथास्थिति, घर या गृहस्थी के मुखिया, या उसकी अनुपस्थिति में, घर में उपस्थित मुखिया का निकटतम रिश्तेदार या उसकी अनुपस्थिति में उपस्थित सबसे बड़ा वयस्क व्यक्ति, दत्तक ग्रहण करने वाले माता-पिता, माता-पिता, और जैविक माता-पिता, रिपोर्ट किए जाने के तीस दिन के भीतर रिजस्ट्रार से इलैक्ट्रानिक रूप से या अन्यथा, जन्म या मृत्यु का प्रमाणपत्र प्राप्त कर सकेंगे।";

(घ) उपनियम (3) में,-

- (i) "उपलब्ध करायेगा" शब्दों के स्थान पर ,"इलैक्ट्रानिक रूप से या अन्यथा उपलब्ध करायेगा" शब्द रखे जाएंगे;
- (ii) "उद्धरण" शब्द के स्थान पर, "प्रमाणपत्र" शब्द रखा जाएगा;
- (iii) "नजदीकी रिश्तेदार" शब्दों के पश्चात ,"या उसकी अनुपस्थिति में उपस्थित सबसे बड़ा वयस्क व्यक्ति" शब्द अन्तःस्थापित किए जाएंगे;

(ङ)उपनियम (4)में ,-

- (i) "खंड (ख) से (ङ) तक संस्थाओ मे हुये जन्म, मृत्यु" शब्दों,कोष्ठकों और अक्षर के स्थान पर " खंड (ख) से (ङ)और (घक), (घख) और (घग) में निर्दिष्ट संस्थागत यथास्थिति, जन्म और मृत्यु,"शब्द, कोष्ठक और अक्षर रखे जाएंगे;
- (ii) "प्राप्त" शब्द के स्थान पर "इलैक्ट्रोनिकी रूप से या अन्यथा अभिप्राप्त" शब्द रखे जाएंगे;
- (iii) "उद्धरण" शब्द के स्थान पर "प्रमाणपत्र" शब्द रखा जाएगा;
- (च) उपनियम (5) में "उद्धरण" शब्द के स्थान पर "प्रमाणपत्र" शब्द रखा जाएगा ।
- 5. मूल नियमों के नियम 9 में,-

- (क) उपनियम (1) में "दो रुपए" शब्दों के स्थान पर "बीस रुपए" शब्द रखे जाएंगे ;
- (ख) उपनियम (2) और उपनियम (3) के स्थान पर निम्नलिखित उपनियम रखे जाएंगे,अर्थात् :-
 - "(2)जिस जन्म या मृत्यु की विलम्बित सूचना उसके होने के तीस दिन के पश्चात किन्तु एक वर्ष के भीतर, रिजस्ट्रार को दी जाए वह केवल जिला रिजस्ट्रार या इस निमित्त विहित अधिकारी की लिखित अनुज्ञा पर और पचास रुपए की विलंब फीस के संदाय पर तथा प्ररूप सं.14 में स्व-अनुप्रमाणित दस्तावेज को इलैक्ट्रोनिकी रूप से या अन्यथा प्रस्तुत करने पर रिजस्ट्रीकृत की जाएगी।
 - (3)जिस जन्म या मृत्यु की विलम्बित सूचना उसके होने के एक वर्ष बाद रजिस्ट्रार को दी जाती है वह, उस क्षेत्र में जिस स्थान पर जन्म या मृत्यु हुई है, अधिकारिता रखने वाले केवल जिला मजिस्ट्रेट या उपखंड मजिस्ट्रेट या जिला मजिस्ट्रेट द्वारा प्राधिकृत कार्यपालक मजिस्ट्रेट द्वारा किए गए आदेश पर एक सौ रुपए की विलंब फीस के संदाय पर रजिस्ट्रीकृत की जाएगी।"।
- 6.मूल नियमों के नियम 12 में, "प्ररूप सं. 1" शब्दों और अंक के पश्चात्, "1क" अंक और अक्षर अंतःस्थापित किया जाएगा। 7. मूल नियमों के नियम 13 में,-
 - (क) उपनियम (1) में,-
 - (i) "उद्धरण" शब्द के स्थान पर ,"जन्म या मृत्यु प्रमाणपत्र" शब्द रखे जाएंगे;
 - (ii) "धारा 17 के अधीन" शब्दों और अंकों के पश्चात् "इलैक्ट्रोनिकी रूप से या अन्यथा," शब्द और अंक अंतःस्थापित किए जाएंगे;
 - (iii) "रु." शब्द के स्थान पर, "रुपए" शब्द रखा जाएगा;
 - (iv) "2.00" अंकों के स्थान पर जहां कहीं वे आते हैं क्रमशः "20.00" अंक रखे जाएंगे;
 - (v) खंड (ग) में,-
 - (I) "उद्धरण" शब्द के स्थान पर, "प्रमाणपत्र" शब्द रखा जाएगा;
 - (II) "5.00" अंकों के स्थान पर "50.00" अंक रखा जाएगा;
 - (ख) उपनियम (2) में "जन्म या मृत्यु के संबंध में ऐसा कोई उद्धरण" शब्दों के स्थान पर "जन्म या मृत्यु के संबंध में धारा 17 के अधीन जन्म या मृत्यु से संबंधित रजिस्टर से उद्धरण के आधार पर प्रमाणपत्र" शब्द और अंक रखे जाएंगे;
 - (ग) उपनियम (4) में, "उद्धरण" शब्द के स्थान पर, "प्रमाणपत्र" शब्द रखा जाएगा।
- 8. मूल नियमों के नियम 16 के उपनियम (2) के स्थान पर निम्नलिखित उपनियम रखा जाएगा, अर्थात्:-
 - "(2)ऐसा कोई अपराध ऐसी राशि के संदाय पर जो धारा 23 की उपधारा (1), उपधारा (2) और उपधारा (4) के अधीन अपराधों के लिए दो सौ पचास रुपए, उपधारा (3) के अधीन अपराधों के लिए पचास रुपए, तथा उपधारा (1क) और उपधारा (4क) के अधीन प्रत्येक जन्म या मृत्यु के संबंध में अपराधों के लिए एक हज़ार रुपए से अनिधिक होगी, प्रशमन किया जा सकेगा, जैसा उक्त अधिकारी ठीक समझे।"।
- 9. मूल नियमों के नियम 16 के पश्चात्, निम्नलिखित नियम अंतःस्थापित किया जाएगा, अर्थात्:-
 - "16क. अपील-धारा 25क की उपधारा (1) के अधीन अपील प्ररूप सं.15 में प्रस्तुत की जाएगी।"
- 10. मूल नियमों के नियम 17 में,-
 - (क) उपनियम (2) में, "अधिनियम की धारा 13 के अधीन रजिस्ट्रार द्वारा प्राप्त विलंबित रजिस्ट्रीकरण की अनुमित देने से संबन्धित न्यायालय के आदेश तथा विनिर्दिष्ट प्राधिकारी के आदेश" शब्दों और अंकों के स्थान पर "रजिस्ट्रार द्वारा प्राप्त धारा 13 की उपधारा (2) के अधीन अनुदत्त अनुज्ञा तथा धारा 13 की उपधारा (3) के अधीन विलंबित रजिस्ट्रीकरण के लिए जारी आदेश" शब्द, अंक और कोष्ठक रखे जाएंगे;
 - (ख) उपनियम (3) में, "उपधारा (3)" शब्दों, कोष्ठक और अंक के स्थान पर, "उपधारा (2) और उपधारा (3)" शब्द, कोष्ठक और अंक रखे जाएंगे।
- 11. मूल नियमों में, प्ररूप 1, 1क, 2, 3, 4, 4क, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 और 13 के स्थान पर निम्नलिखित प्ररूप रखे जाएंगे, अर्थात्:-

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फाँमें संख्या 1 (नियम 5 देखें) जन्म प्रतिवेदन विधिक सुचनाएं [निदेशों के लिए पिछला भाग देखें] यह भाग जन्म रजिस्टर में जोड़ा जाए

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार

फॉर्म संख्या 1 (नियम 5 देखें)

जन्म प्रतिवेदन सांख्यिकीय सूचनाएं देशों के लिए पिछला भाग देखें।

	[निर्देशों के लिए पिछला भाग देखें]			[निर्देशों	के लिए पिछला भाग देखें]				
	यह भाग जन्म रजिस्टर में जोड़ा जाए			The same discussion of the same and the same	सांख्यिकीय प्रसंस्करण के लिए भेजा जाए				
	सूचनार्थी द्वारा भराजाए		40	सूचनार्थी द्वारा भरा जाए					
1.	जन्म तिथि : DD - MM - YYYY		10.		या गांव (वह स्थान जहां माता प्राय: रहती है। यह ता है जहां जन्म हुआ हो, उचित प्रविष्ठि "शहर" या				
2.	लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें) :			"गांव" पर निशान लगाएं ध	और उसका नाम _् लिखें):				
3.	बच्चे का विवरण (यदि नाम नहीं है तो खानी छोड़ दें):-			शहर या गाँव: जिला: र	उप-जिला: ाज्य या केंद्र शासित प्रदेश:				
(क)	नाम (यदि कोई हो): First Name Middle Name Last Name	F		पिनकोडः	1 30 300 00 00 00				
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):	भुव	11	धर्म के लिए उिचित धर्म "	हेन्दू" या "मुस्लिम" या "ईसाई" या "सिख" या				
4.	पिता का विवरण:-	बिर्	11.		″ दर्ज करें (कृपया निर्दिष्ठ करें)]				
(क)	नाम : First Name Middle Name Last Name	₩ 6	(क)	पिताकाधर्म:	- 1 0 4 4				
(m)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):		(ख)	माता का धर्म:					
(ख)		4	12.	0-00					
(ग) (T)	मोवाइल नं. :	H.	12.	पिता की शिक्षा का स्तर:					
(घ)	माता का विवरण:-	丸	13.	माता की शिक्षा का स्तर:					
5.	नाम: First Name Middle Name Last Name	सांख्यिकीय प्रसंस्करण	14.	पिता का व्यवसाय:					
(क)	THE THOUSE STATE	क्	15.	माता का व्यवसाय :					
(ख)	आधार संख्या(यदि उपलब्ध हो):	Hi	20000000	EVENT OF PROPE					
(ग)	मोबाइल नं. :	अर्	16.		आयु (पूर्ण वर्षों में) (यदि एक से अधिक बार विवाह न समय की आयु लिखी जाए।)				
(ঘ)	ई-मेल आईडी:	ल		200 at 100 at 10					
6.	बच्चे के जन्म के समय माता-पिता का पता: मकान नं.:	बार्	17.	माता की आयु (पूर्ण वर्षों में					
592	मोहल्ला: वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):	न	18.		ोवित पैदा हुए बच्चों की संख्या: (जीवित पैदा हुए वाह से जन्मे बच्चे को भी शामिल किया जाये (यदि				
	शहर या गाँव: उप-जिला: जिला:	किया		कोई हो)	मार्थन वता नच्च वता मा सामित्य किया आर्थ (बाद				
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:	अलग	19.	बच्चे के जन्म के समय सहाय	क (निम्न में से किसी एक पर सही निशान लगाएं):				
7.	माता-पिता का स्थायी पता: मकान नं. :	ल		1. संस्थागत-स	AND THE RESERVE OF THE PROPERTY OF THE PROPERT				
	मोहल्ला: वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):				निजी या गैर सरकारी				
	शहर या गाँव: उप-जिला: जिला:				या प्रशिक्षित सहायक				
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:			4. जन्मकेसम 5. रिश्तेदारया	य परम्परागत सहायक ा अन्य				
8.	जन्म स्थान (निम्न में से 1 या 2 या 3 पर सही का निशान लगाएं और "अस्पताल / संस्थान" का नाम और पता			जन्म की विधि (निस्प में से	किसी एक पर सही का निशान लगाएं):				
	या "घर" या 'अन्य स्थान" का पता दें जहां जन्म हुआ):		20.	1. प्राकृतिक	takin gar 10 tigi an takin artigi.				
	1. अस्पताल/संस्थान नाम :			 ऑपरेशन द्वा फोरसेप्स/वैद 					
	2. घर: 3. अन्य स्थान: पता: मकान नं.:			O. 1/1 (1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/1/	- 2.				
	मोहल्ला: वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हों):		21.	जन्म के समय वजन (कि.ग्र	ा. में) (यदि उपलब्ध हो):				
	शहर या गाँव: उप-जिला: जिला:		900	गर्भधारण की अवधि (सप्ता	ह में) :				
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:		22.						
9.	सूचनादाता का विवरण:								
(क)	नाम: First Name Middle Name Last Name								
(ख)	आधार संख्या(यदि उपलब्ध हो):			(एक से अधिक जन्म के मार	मले में, प्रत्येक बच्चे के लिए एक अलग फॉर्म भरें				
(ग)	मोबाइल नं. :				ए वॉक्स में टिप्पणी कॉलम में, जैसी भी स्थिति				
(ঘ)	ईमेल आईडी:			हो, 'जुड़वा जन्म' या 'तीन	जन्म' आदि लिखें।)				
(ছ)	पता: मकान नं.:								
	मोहल्ला : वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो) : शहर या गाँव : उप-जिला : जिला :								
	50. No. 150.								
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश : पिन कोड:								
	घोषणा:								
	मैंने अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सच्ची जानकारी प्रदान की है। मैं गलत जानकारी प्रस्तुत करने के								
	लिए जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दंड के वारे में जानता हूं। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से पहचान प्रमाणित करने के लिए आधार (वित्तीय और अन्य								
	हा इसक अलावा, में आधार प्रमाणाकरण के माध्यम से पहचान प्रमाणित करने के लिए आधार (ावत्ताय और अन्य सब्स्थिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत सहमति देता हूं।								
	(कॉलम 1 से 22 को पूरा करने के बाद,								
	सूचना देने वाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेगा)								
<u> </u>					2 4 6 2 7				
दिनांकः	□ □ □ - M M - Y Y Y Y Y H H H H H			(भरे जाने वाले कालम सम	ाप्त हो गए हैं। अब बाईं ओर हस्ताक्षर करें)				
	सूचनाचाता क हस्ताक्षर या वाए अपूठ का ानशान पंजीकार द्वारा भरा जाये		-		पंजीकार द्वारा भरा जाये				
पंजीकर	ण संख्या :				नाम कोड संख्या				
333 32	ण तिथि : DD - MM - Y Y Y			ज़िला उप जिला					
5	ण इकाई :			शहर/ गांव:					
शहर/ग	a:	पं	जीकरण		300				
उप जिल	π:	पंजीकरण संख्या :							
ज़िला:		पंजीकरण तिथि: DD - MM - YYYY							
टिप्पणी	(यदि कोई हो):	जुन्म तिथि : DD - MM - Y Y Y							
		लिंग : पुरुष/महिला/ ट्रांसजेंडर व्यक्ति जन्म स्थान: 1. अस्पताल/संस्थान 2. घर 3. अन्य स्थान							
	पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर		पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर						

फॉर्म 1 : जन्म प्रतिवेदन भरने के लिए निर्देश

			निर्देश										
दिनांक, जहां भी	हो, dd-mm-yy	/yy प्रारूप में प्रदान की	जानी है, जहां dd दो अंकों में दिनां	क है, mm दो अंकों में महीना है									
और yyyy चार	अंकों में वर्ष है। ज	हां भी दिनांक शब्दों में ी	लिखी हो उसे पूरा लिखा जाना चा	हिए जैसे 01-01-2023 को एक									
जनवरी दो हजा	र तेईस लिखा जा	एगा। दिनांक और अन्य	संख्यात्मक प्रविष्टियाँ रिकॉर्ड करने	के लिए केवल 'अरबी अंकों' जैसे									
0,1,2,3,4,5,6	,7,8,9 का उपयो	ग करें।											
"पुरुष" या "महि	ला" या "ट्रांसजेंड	र व्यक्ति" दर्ज करें। संक्षि	नीकरण का प्रयोग न करें I										
नहीं) बड़े अक्षरों दो अक्षर होने च	ं में लिखा जाना है गहिए। यदि बच्चे व	र और प्रथम नाम अनिवा हा नाम नहीं है तो खाली	र्य है । [प्रथम नाम] या [मध्य नाम] छोड़ दें।	या [अंतिम नाम] में कम से कम									
नि:शुल्क डाला र	जा सकता है (राज्	य नियमों के नियम 10 दे	खें)।										
पता, जहां कहीं	भी हो, उसमें राज	य या केंद्र शासित प्रदेश,	जिला, उप-जिला, शहर या गांव,	वार्ड नंबर (शहर के मामले में,									
यदि उपलब्ध हो), मोहल्ला, मका	न नं और पिन कोड शागि	मेल होगा ।										
जन्म स्थान के लिए उपयुक्त प्रविष्टि पर निशान लगाएं													
1. अस्पताल/संस्थान													
2. घर													
3.अन्य स्थान													
"अस्पताल/संस्थान" का नाम और पता या "घर" या "अन्य स्थान" का पता दें जहां जन्म हुआ।													
माता के निवास का शहर या गाँव: वह स्थान जहाँ माता प्राय: रहती है। यह उस स्थान से भिन्न हो सकता है जहां जन्म हुआ													
	THE RESERVE OF THE PARTY OF THE												
1. पूर्व-	6. कक्षा 5	11. कक्षा 10	16. स्नातक/पूर्व-स्नातक	21. औपचारिक शिक्षा के									
प्राथमिक प्राथमिक				बिना साक्षर									
2. कक्षा 1	7. कक्षा 6	12. कक्षा 11	17. पीजी डिप्लोमा	22. निरक्षर									
3. कक्षा 2	8. कक्षा 7	13. कक्षा 12	18. मास्टर / स्नातकोत्तर										
4. कक्षा 3	9. कक्षा 8	14. आईटीआई	19. एम.फिल										
5. कक्षा 4	10. कक्षा 9	15.	20. डॉक्टरेट और उससे ऊपर										
		डिप्लोमा/प्रमाणपत्र											
(\$2.5)		ण के लिए यदि सातवीं	कक्षा तक पढ़ाई की है, लेकिन केवल	न छठी कक्षा उत्तीर्ण की है, तो									
		चित्र वें											
62 00000 05 00 00000	ालाखत म स एक	।लख-											
00 40-0000	र मजनर												
area A		टर मजहर के थलाता।											
	AND LOSS SHOW THE STATE OF THE	0000 0000 000 000 0000 000 0000 000 00											
		7(4(1)(1)(
55-858 10-000.000054													
		हायक के अलावा)											
12.0													
8. घरेलू स	न्हायक												
	और уууу चार जनवरी दो हजा 0,1,2,3,4,5,6 "पुरुष" या "महि नाम, जहां कहीं नहीं) बड़े अक्षरो दो अक्षर होने च बच्चे के नाम के ि नि:शुल्क डाला । पता, जहां कहीं यदि उपलब्ध हो जन्म स्थान के ि 1. अस्पताल/संस्थ माता के निवास हो। घर का पता शिक्षा का स्तर - 1. पूर्व- प्राथमिक 2. कक्षा 1 3. कक्षा 2 4. कक्षा 3 5. कक्षा 4 (शिक्षा का पूर्ण । छठी कक्षा लिखें व्यवसाय - निम्न 1. कृषक 2. खेतिहा 3. दैनिक 4. एकल/ 5. नियोत्त 6. सरकार	और yyyy चार अंकों में वर्ष है। ज जनवरी दो हजार तेईस लिखा जा 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 का उपयोः "पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडः नाम, जहां कहीं भी हो, [प्रथम ना नहीं) बड़े अक्षरों में लिखा जाना है दो अक्षर होने चाहिए। यदि बच्चे व बच्चे के नाम के बिना भी जन्म का नि:शुल्क डाला जा सकता है (राज् पता, जहां कहीं भी हो, उसमें राज् यदि उपलब्ध हो), मोहल्ला, मकाः जन्म स्थान के लिए उपयुक्त प्रविधि 1. अस्पताल/संस्थान 2. घर 3.अन्य स्थान "अस्पताल/संस्थान" का नाम और माता के निवास का शहर या गाँव हो। घर का पता लिखा जाना आव शिक्षा का स्तर – निम्नलिखित में दे 1. पूर्व- वि. कक्षा 5 प्राथमिक 2. कक्षा 1 7. कक्षा 6 3. कक्षा 2 8. कक्षा 7 4. कक्षा 3 9. कक्षा 8 5. कक्षा 4 10. कक्षा 9 (शिक्षा का पूर्ण स्तर लिखें, उदाहर छठी कक्षा लिखें) व्यवसाय - निम्नलिखित में से एक 1. कृपक 2. खेतिहर मजदूर 3. दैनिक बेतन भोगी (खेति 4. एकल/पारिवारिक श्रमिक 5. नियोक्ता 6. सरकारी कर्मचारी	और yyyy चार अंकों में वर्ष है। जहां भी दिनांक शब्दों में ते जनवरी दो हजार तेईस लिखा जाएगा। दिनांक और अन्य र 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 का उपयोग करें। "पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें। संक्षिय नाम, जहां कहीं भी हो, [प्रथम नाम] [मध्य नाम] [अंतिम न नहीं) बड़े अक्षरों में लिखा जाना है और प्रथम नाम अनिवा दो अक्षर होने चाहिए। यदि बच्चे का नाम नहीं है तो खाली बच्चे के नाम के बिना भी जन्म का पंजीकरण कराया जा सकती है। (राज्य नियमों के नियम 10 दे पता, जहां कहीं भी हो, उसमें राज्य या केंद्र शासित प्रदेश, यदि उपलब्ध हो), मोहल्ला, मकान नं और पिन कोड शासि जन्म स्थान के लिए उपयुक्त प्रविष्टि पर निशान लगाएं 1. अस्पताल/संस्थान 2. घर 3.अन्य स्थान "अस्पताल/संस्थान" का नाम और पता या "घर" या "अन्य माता के निवास का शहर या गाँव: वह स्थान जहाँ माता प्रहो। घर का पता लिखा जाना आवश्यक नहीं है। शिक्षा का स्तर — निम्नलिखित में से एक लिखें — 1. पूर्व- प्राथमिक 2. कक्षा 1 7. कक्षा 5 11. कक्षा 10 13. कक्षा 2 8. कक्षा 7 13. कक्षा 12 4. कक्षा 3 9. कक्षा 8 14. आईटीआई 5. कक्षा 4 10. कक्षा 9 15. इिप्लोमा/प्रमाणपत्र (शिक्षा का पूर्ण स्तर लिखें, उदाहरण के लिए यदि सातवीं छठी कक्षा लिखें) व्यवसाय - निम्नलिखित में से एक लिखें- 1. कृषक 2. खेतिहर मजदूर 3. दैनिक वेतन भोगी (खेतिहर मजदूर के अलावा) 4. एकल/पारिवारिक श्रमिक/स्वरोजगार 5. नियोक्ता	दिनांक, जहां भी हो, dd-mm-yyyy प्रारूप में प्रदान की जानी है, जहां dd दो अंकों में दिनों और yyyy चार अंकों में वर्ष है। जहां भी दिनोंक शब्दों में लिखी हो उसे पूरा लिखा जाना चां जनवरी दो हजार तेईस लिखा जाएगा। दिनांक और अन्य संख्यात्मक प्रविष्टियों रिकॉर्ड करने 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 का उपयोग करें। "पुरुप" या "महिला" या "ट्रांनजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें। संक्षिमीकरण का प्रयोग न करें । नाम, जहां कहीं भी हो, [प्रथम नाम] [मध्य नाम] [अंतिम नाम] के प्रारूप में प्रदान किया जान हीं और प्रथम नाम अनिवार्य है। [प्रथम नाम] या [मध्य नाम] दो अक्षर होने चाहिए। यदि बच्चे का नाम नहीं है तो खाली छोड़ हैं। बच्चे के नाम के बिना भी जन्म का पंजीकरण कराया जा सकता है। हालाँकि, पंजीकरण के 12 निःशुल्क डाला जा सकता है (राज्य नियमों के नियम 10 देखें)। पता, जहां कहीं भी हो, उसमें राज्य या केंद्र शासित प्रदेश, जिला, उप-जिला, शहर या गांव, यदि उपलब्ध हो), मोहल्ला, मकान नं और पिन कोड शामिल होगा। जन्म स्थान के लिए उपयुक्त प्रविष्टि पर निशान लगाएं 1. अस्पताल/संस्थान 2. घर 3.अन्य स्थान "अस्पताल/संस्थान" का नाम और पता या "घर" या "अन्य स्थान" का पता दें जहां जन्म हुआ। माता के निवास का शहर या गाँव: वह स्थान जहाँ माता प्राय: रहती है। यह उस स्थान से भिहो। घर का पता लिखा जाना आवश्यक नहीं है। शिक्षा का स्तर – निम्नलिखित में से एक लिखें — 1. पूर्व 6. कक्षा 5 11. कक्षा 10 16. स्नातक/पूर्व-न्नातक प्रथमिक 2. कक्षा 1 7. कक्षा 6 12. कक्षा 11 17. पीजी डिप्लोमा 3. कक्षा 2 8. कक्षा 7 13. कक्षा 12 18. मास्टर / स्नातकोत्तर 4. कक्षा 3 9. कक्षा 8 14. आईटीआई 19. एम.फिल 5. कक्षा 4 10. कक्षा 9 15. 20. डॉक्टरेट और उससे ऊपर डिप्लोमा/प्रमाणपत्र (शिक्षा का पूर्ण स्तर लिखें, उदाहरण के लिए यदि सातवीं कक्षा तक पढ़ाई की है, लेकिन केवल स्थित मात्री क्षा तक्ष भीगी (खेतिहर मजदूर के अलावा) 4. एकल/परिवारिक श्रमिक/स्वरोजगार 5. नियोक्ता 6. सरकारी कर्मचारी									

ध्यान दें: सूचना देने वाले को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि जन्म प्रतिवेदन फॉर्म में कोई भी विषय जहां तक संभव हो, खाली न छोड़ा जाए।

	राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 1क (विधिक सूचनाएँ) (नियम 5 देखें) दत्तक बच्चे का जन्म सूचना प्रतिवेदन [निर्देशों के लिए खिला भाग देखें] यह भाग जन्म रजिस्टर में जोड़ा जाए			राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 1क (सांख्यिकीय सुचनाएं) (नियम 5 देखें) दत्तक बड्डों का जन्म सूचना प्रतिवेदन [निर्देशों के लिए पिछला भाग देखें] स्से को अलग करके सांख्यिकीय प्रसंस्करण के लिए भेजा जाए
	सूचनार्थी द्वारा भरा जाए		2/1/6	सूचनार्थी द्वारा भरा जाए
1*. 2*. 3. (क) (硼)	जन्म तिथि : □ □ □ - M M - Y Y Y Y Y जिंग ("पुरय" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें) : बच्चे का विवरण (विद दत्तक ग्रहण करने पर नाम वदला गया हो, तो नया नाम लिखें) : वच्चे का नाम : First Name Middle Name Last Name आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :		14. (क)	धर्म के लिए [उचित धर्म "हिन्दू" या "मुस्लिम" या "ईसाई" या "मेसिख" या "वौद्ध" या "जैन" या "अन्य" दर्ज करें (कृपया निर्दिष्ट करें)] दक्तक पिता का धर्म :
4*.	माता का विवरण (यदि जात हो) : नाम : First Name Middle Name Last Name		(礓)	दत्तक माता का धर्म :
(क) (ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :		(4)	865 6970
(ग)	मोबाइल नं. :		15.	दत्तक पिता की शिक्षा का स्तर :
(ঘ)	ईमेल आईडी :		16.	दत्तक माता की शिक्षा का स्तर:
5*.	पिता का विवरण (यदि ज्ञात हों) : नाम : First Name Middle Name Last Name		17.	दत्तक पिता का व्यवसाय :
(क) (ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :		18.	दत्तक माता का व्यवसाय :
(ग)	मोबाइल नं. :	1		
(ঘ)	ईमेल आईडी :	मुवा		
6. (क)	दत्तक ग्रहण विलेख/आदेश का विवरण : दिनांक ·	E E		
(ख)	दत्तक ग्रहण विलेख/आदेश की संख्या :	E S		
7.	दत्तक माता का विवरण : नाम : First Name Middle Name Last Name	प्रसंस्क		
(क) (ख)	नाम : First Name Middle Name Last Name आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :	कीय		
(ग)	मोबाइल नं. :	E E		
(ঘ)	इमेल आईडी :	अ अ		
8.	दत्तक पिता का विवरण :	अलग किया जाए और सांख्यिकीय प्रसंस्करण के लिए भेजा जाए		
(क)	नाम : First Name Middle Name Last Name	Œ		
(ख) (ग)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :	ल		
(ঘ)	ईमेल आईडी :			
9.	दत्तक ग्रहण विलेख/आदेश में दर्ज दत्तक माता-पिता का पता: मकान नं. :			
	मोहल्ला: वार्ड संख्या(शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो) :			
	शहर या गाँव : उप-जिला : जिला : राज्य या केंद्र शासित प्रदेश : पिन कोड :			
10.	दत्तक माता-पिता का स्थायी पता : मकान नं. : मोहल्ला : वार्ड संख्या(शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो) :			
	शहर या गाँव : उप-जिला : जिला :			
11*.	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश : पिन कोड :			
	पता दें जहां जन्म हुआ था) :			
	1. अस्पताल/संस्थान नाम : 2. घर 3. अन्य स्थान पता : मकान नं. : मोहल्ला :			
	वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो) : शहर या गांव :			
	उप जिला:			
12.	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश : पिन कोड :			
12.	मोहल्ला : बार्ड संख्या(शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो) :			
	शहर या गाँव : उप-जिला : जिला :			
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश : पिन कोड :			
13. (क)	सूचनादाता का विवरण : नाम : First Name Middle Name Last Name			
(祖)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :			
(ग)	मोवाइल नं.:			
(ঘ)	इंमेल आईडी :			
(ঙ্গ)	पता : मकान नं : मोहल्ला : वार्ड संख्या(शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो) : शहर या गाँव : उप-जिला : जिला :			
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश : पिन कोड :			
	🔲 मैंने अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सच्ची जानकारी प्रदान की है। मैं गलत जानकारी प्रस्तुत करने के लिए जन्म और मृत्यु			
	ण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दंड के बारे में जानता हूं। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से प्रमाणित करने के लिए आधार (वित्तीय और अन्य सब्सिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत सहमति देता हूं।			
	1 से 18 तक पूरा करने के बाद,			
सूचना	ने वाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेगा)			
दिन			(भरे ज	ने वाले कॉलम समाप्त हो गए हैं। अब बाईं ओर हस्ताक्षर करें)
	सूचनादाता के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान पंजीकार द्वारा भरा जाए			पंजीकार द्वारा भरा जाए
Contract Contract	ग संख्या :			नाम कोड संख्या
	गतिथि : DD - M M - Y Y Y Y		जिल उप रि	
पजाकर शहर/ग	गडकार्ड: व: उप-जिला:		शहर	गाँव :
ज़िला:			500000000000000000000000000000000000000	ण इकाई: पंजीकरण संख्या:
टिप्पणी	(यदि कोई हो):		पंजीकर जन्मति	ण तिथि: DD-MM-YYYY
			4-4101	
			लिंग:	पुरुष / महिला / ट्रांसजेंडर व्यक्ति
			जन्म स्थ स्थान	प्रान: 1. अस्पताल / संस्थान 2. घर 3.अन्य
	पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर		स्थान	पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर

फॉर्म 1क: दत्तक बच्चे का जन्म सूचना प्रतिवेदन भरने के लिए निर्देश

विषय संख्या			नि	र्देश										
1, 6	में महीना है औ जैसे 01-01-20 यदि जन्म तिथि करें। दिनांक और अन् उपयोग करें।	र yyyy चार अं 23 को एक जन ा अज्ञात है, तो व य संख्यात्मक प्र	कों में वर्ष है जहां भी वि वरी दो हजार तेईस लिग् गोद लेने के आदेश या वि विष्टियाँ रिकॉर्ड करने वे	देनांक शब्दों में लिखी गई खा जाएगा। बेलेख, जैसा भी मामला हे के लिए केवल 'अरबी अंकों	कों में दिनांक है, mm दो अंकों है। पूरा लिखा जाना चाहिए ो, में दर्शाई गई जन्म तिथि दर्ज ं जैसे 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 का									
2	"पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें। संक्षिप्तीकरण का प्रयोग न करें।													
3,4,5,7,8,13	नाम, जहां कहीं भी हो, [प्रथम नाम] [मध्य नाम] [अंतिम नाम] के प्रारूप में प्रदान किया जाना है जहां पूरा नाम (संक्षिप्त नाम नहीं) बड़े अक्षरों में लिखा जाना है और प्रथम नाम अनिवार्य है । [प्रथम नाम] या [मध्य नाम] या [अंतिम नाम] में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए।													
9,10,11,12,13	यदि उपलब्ध ह	पता, जहां भी हो, राज्य या केंद्र शासित प्रदेश, जिला, उप-जिला, शहर या गांव, वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो), मोहल्ला, मकान नं. और पिन कोड शामिल होगा।												
15,16	शिक्षा का स्तर - निम्नलिखित में से एक लिखें- 1.पूर्व- 6. कक्षा 5 11. कक्षा 10 16. स्नातक/पूर्व- 21. औपचारिक स्नातक 2. कक्षा 1 7. कक्षा 6 12. कक्षा 11 17. पीजी डिप्लोमा 22. निरक्षर 3. कक्षा 2 8. कक्षा 7 13. कक्षा 12 18.मास्टर/ स्नातकोत्तर 4. कक्षा 3 9. कक्षा 8 14. आईटीआई 19. एम.फिल 5. कक्षा 4 10. कक्षा 9 15. डिप्लोमा/प्रमाणपत्र उससे ऊपर (शिक्षा का पूरा स्तर दर्ज करें, उदाहरण के लिए यदि सातवीं कक्षा तक पढ़ाई की है, लेकिन केवल ह													
17,18	उत्तीर्ण की है, तो छठी कक्षा लिखें) व्यवसाय - निम्नलिखित में से एक लिखें- 1. कृषक 2. खेतिहर मजदूर 3. दैनिक वेतन भोगी (खेतिहर मजदूर के अलावा) 4. एकल/पारिवारिक श्रमिक/स्वरोजगार 5. नियोक्ता 6. सरकारी कर्मचारी 7. निजी कर्मचारी (घरेलू सहायक के अलावा) 8. घरेलू सहायक 9. गैर-कर्मचारी													

ध्यान दें : जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) के अनुसार दत्तक बच्चे के जन्म की घटना रिपोर्ट करने के लिए सूचनादाता जिम्मेदार होगा।

सूचना देने वालो को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि दत्तक बच्चे के जन्म प्रतिवेदन के फॉर्म में कोई भी विषय, जहाँ तक संभव हो खाली न छोड़ा जाए।

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 2 (नियम 5 देखें) मृत्यु प्रतिवेदन विधिक सूचनाएं *[निर्देशों के लिए पिखना भाग देखें]* यह भाग मृत्यु रजिस्टर में जोड़ा जाए

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 2 (नियम 5 देखें) मृत्यु प्रतिवेदन सांख्यिकीय सूचनाएं

	विधिक सूचनाएं			सांख्यिकीय सूचनाएं
	[निर्देशों के लिए पिछला भाग देखें]			[निर्देशों के लिए पिछला भाग देखें]
	यह भाग मृत्यु रजिस्टर में जोड़ा जाए		इस	हिस्से को अलग करके सांख्यिकीय प्रसंस्करण के लिए भेजा जाए
1.	सूचनार्थी द्वारा भरा जाए मृत्यु तिथि : D D - M M - Y Y Y Y मृतक का विवरण:-		11.	सूचनार्थी द्वारा भराजाए मृतक के निवास का शहर या गाँव (वह स्थान जहाँ मृतक प्राय: रहता था।
2. (क)	नाम: First Name Middle Name Last Name			यह उस स्थान से भिन्न हो सकता है जहाँ मृत्यु हुई थी। उचित प्रविष्ठि "शहर" या "गाँव" पर निशान लगाएं और उसका नाम लिखें):
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :			शहर या गाँव: उप-जिला:
(ग)	जन्मतिथि (यदि उपलब्ध हो) :			जिला: राज्य या केंद्र शासित प्रदेश:
(ঘ)	आयु:			पिन कोड:
3.	लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें) : माता का विवरण:-		12.	धर्म (उचित धर्म "हिंदू" या "मुस्लिम" या "ईसाई" या "सिख" या "बौद्ध" या
4. (क)	नाम: First Name Middle Name Last Name		10000	"जैन" या "अन्य" दर्ज करें (कृपया निर्दिष्ठ करें)):
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :		13.	मृतक का व्यवसाय:
(ग)	मोबाइल नं. :		14.	मृत्यु से पहले प्राप्त चिकित्सा देखभाल का प्रकार (नीचे उपयुक्त प्रविष्टि पर
(ঘ)	ईमेल आईडी:			निशान लगाएं):
5.	पिता का विवरण:-			1. संस्थागत 2. संस्थान के अलावा अन्य चिकित्सा सहायता
(ক)	नाम: First Name Middle Name Last Name			3. कोई चिकित्सा सहायता नहीं
(ख) (ग)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :	<u> </u>	15.	
223	र्डमेल आईडी;	भेजा	10.	क्या मृत्यु का कारण चिकित्सकीय रूप से प्रमाणित था? (नीचे उपयुक्त प्रविष्टि पर निशान लगाएं):
(घ) 6.	जीवनसाथी (पति/पत्नी) का विवरण:-			1.हां 2.नहीं
(क)	नाम: First Name Middle Name Last Name	लिए		
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :	\# \ T	16.	बीमारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण (सभी मृत्यु के लिए चाहे वे चिकित्सकीय रूप से प्रमाणित हों या नहीं):
(ग)	जन्मतिथि (यदि उपलब्ध हो) :			
(ঘ)	मोबाइल नं. :	प्रसंस्करण	17.	स्त्री मृत्यु की स्थिति में क्या मृत्यु गर्भावस्था में, प्रसूति के समय या गर्भावस्था के समाप्त होने के बाद 6 सप्ताह के भीतर हुई: (सही का निशान लगाएं)
(ভ়)	आयु (पूर्ण वर्षों में):	2		क समाप्त होने के बाद ठ सप्ताह के भातर हुई: (सहा का निशान लगाए) 1.हां 2.नहीं
(च)	र्डमेल आईडी:	¥.		V18 820
7.	मृत्यु के समय मृतक का पता: मकान नं.:	1		यदि धूम्रपान का आदी था तो कितने वर्षों से ?
	मोहल्ला: वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):	सांख्यिकीय	18.	
	शहर या गाँव: उप-जिला: जिला: राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:	(B)		
8.	690 M000038A00040404040404040404040404040404040404	14	19.	यदि किसी भी रूप में तम्बाकू चबाने का आदी था तो कितने वर्षों से ?
٠.	मृतक का स्थायी पता: मकान नं. :		19.	
	मोहल्ला: वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): शहर या गाँव: उप-जिला: जिला:	अर्		-00
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:		20.	यदि सुपारी (पान मसाला को सम्मिलित करते हुए) चवाने का आदी था तो कितने वर्षों से ?
9.	मृत्यु का स्थान (निम्न में से 1 या 2 या 3 पर सही का निशान लगाएं और "अस्पताल / संस्थान" का नाम और पता या	बार्		ताकता प्या त :
	"घर" या 'अन्य स्थान" का पता दें जहां मृत्यु हुई थी):			
	1. अस्पताल/संस्थान नाम:	किया	7.000	यदि शराब पीने का आदी था तो कितने वर्षों से ?
	2 घर 3. अन्य स्थान पता: मकान नं.:		21.	
	मोहल्ला : वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):	अलग		
	शहर या गाँव: उप-जिला: जिला:	ल		
40	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:			
10. (क)	सूचनादाता का विवरण:-			
(ख)	नाम: First Name Middle Name Last Name			
(ग)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हों) : मोबाइल नं. :			
(ঘ)	र्डमेल आईडी:			
(য়)	पता: मकान नं. :			
	मोहल्ला: वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):			
	शहर या गाँव: उप-जिला: जिला:			
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:			
	:L मैंने अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सच्ची जानकारी प्रदान की है। मैं गलत जानकारी प्रस्तुत करने के लिए जन्म और मृत्यु ा अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दंड के बारे में जानता हूं। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम			
	न प्रमाणित करने के लिए आधार (बित्तीय और अन्य सब्सिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत सहमति			
देता हूं।				
	तक मेरा ज्ञान और जानकारी है, मृतक के आधार का विवरण उपलब्ध नहीं है। 1 से 21 को पूरा करने के बाद,			
	ने बाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेगा)			
दिनां	क: DD - MM - YYYY सूचनादाता के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान	-	-	(भरे जाने वाले कॉलम समाप्त हो गए हैं। अब बाईं ओर हस्ताक्षर करें)
	30 No. 10			
	पंजीकार द्वारा भरा जाए			पंजीकार द्वारा भरा जाए
	ण संख्या :			नाम कोड संख्या
	रण तिथि: DD - MM - Y Y Y		জিল	π:
	ण इकाई :		उप-	जिला :
शहर/ ग	ाव :		शह	र/गाँव:
	1			रण इकाई :
उप-जिल	ना :		पजाक	\1 2402.
उप-ाजन			93523	रण संख्या :
जिला:			पंजीक	रण संख्या :
जिला : टिप्पणी	: (यदि कोई हो) :		पंजीक	27
जिला : टिप्पणी			पंजीक पंजीव	रण संख्या : त्ररण तिथि : DD - MM - YYYY
जिला : टिप्पणी	: (यदि कोई हो) :		पंजीक पंजीव मृत्यु Í	रण संख्या : तरण तिथि : DD - MM - Y Y Y तिथि : DD - MM - Y Y Y
जिला : टिप्पणी	: (यदि कोई हो) :		पंजीक पंजीव मृत्यु (लिंग:	रण संख्या : इरण तिथि : DD - MM - YYYY तिथि : DD - MM - YYYY पुरुष/महिला/ट्रांसजेंडर व्यक्ति
जिला : टिप्पणी	: (यदि कोई हो) :		पंजीक पंजीव मृत्यु (लिंग: मृतक	रण संख्या :
जिला : टिप्पणी	: (यदि कोई हो) :		पंजीक पंजीव मृत्यु (लिंग: मृतक	रण संख्या : इरण तिथि : DD - MM - YYYY तिथि : DD - MM - YYYY पुरुष/महिला/ट्रांसजेंडर व्यक्ति

फॉर्म 2: मृत्यु प्रतिवेदन भरने के लिए निर्देश

विषय संख्या	निर्देश
	दिनांक, जहां भी हो, dd-mm-yyyy प्रारूप में प्रदान की जानी है, जहां dd दो अंकों में दिनांक है, mm दो अंकों में महीना
82	है और yyyy चार अंकों में वर्ष है। जहां भी दिनांक शब्दों में लिखी हो उसे पूरा लिखा जाना चाहिए जैसे 01-01-2023 को
1	एक जनवरी दो हजार तेईस लिखा जाएगा। दिनांक और अन्य संख्यात्मक प्रविष्टियाँ रिकॉर्ड करने के लिए केवल 'अरबी
	अंकों' जैसे 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 का उपयोग करें।
	नाम, जहां कहीं भी हो, [प्रथम नाम] [मध्य नाम] [अंतिम नाम] के प्रारूप में प्रदान किया जाना है, जहां पूरा नाम (संक्षिप्त
2,4,5,6,10	नाम नहीं) बड़े अक्षरों में लिखा जाना है और प्रथम नाम अनिवार्य है। [प्रथम नाम] या [मध्य नाम] या [अंतिम नाम] में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए।
3	"पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें। संक्षिप्तीकरण का प्रयोग न करें।
1207 16	यदि मृतक की आयु एक वर्ष से अधिक थी, तो आयु पूर्ण वर्षों में दें। यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से कम थी, तो आयु महीनों में
2(घ)	दें, और यदि 1 महीने से कम हो, तो आयु पूर्ण दिनों की संख्या में दें, और यदि एक दिन से कम हो, तो घंटों में दें।
7 9 0 40	पता, जहां भी हो, उसमें राज्य या केंद्र शासित प्रदेश, जिला, उप-जिला, शहर या गांव, वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि
7,8,9,10	उपलब्ध हो), मोहल्ला, मकान नं और पिन कोड शामिल होगा ।
	मृत्यु के स्थान के लिए उपयुक्त प्रविष्टि पर निशान लगाएं
	1. अस्पताल/संस्थान
9	2. घर
	3. अन्य स्थान
	"अस्पताल/संस्थान" का नाम और पता या "घर" या "अन्य स्थान" का पता दें जहां मृत्यु हुई हो।
11	मृतक के निवास का शहर या गाँव: वह स्थान जहाँ मृतक प्राय: रहता था। यह उस स्थान से भिन्न हो सकता है जहां मृत्यु हुई है। घर का पता दर्ज करने की आवश्यकता नहीं है।
	व्यवसाय - निम्नलिखित में से कोई एक लिखें-
	1. कृषक
	2. खेतिहर मजदूर
	3. दैनिक वेतन भोगी (खेतिहर मजदूर के अलावा)
10	4. एकल/पारिवारिक श्रमिक/स्वरोजगार
13	5. नियोक्ता
	6. सरकारी कर्मचारी
	7. निजी कर्मचारी (घरेलू सहायक के अलावा)
	8. घरेलू सहायक
	9. गैर-कर्मचारी

ध्यान दें: सूचना देने वाले को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि मृत्यु प्रतिवेदन फॉर्म में कोई भी विषय, जहां तक संभव हो खाली न छोड़ा जाए।

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 3 (नियम 5 देखें) मृत जन्म प्रतिवेदन विधिक सूचनाएं [निर्देशों के लिए पिखला भाग देखें) यह भाग मृत जन्म रजिस्टर में जोड़ा जाए

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 3 (नियम 5 देखें) मृत जन्म प्रतिवेदन सांख्यिकीय सूचनाएं [निर्देशों के लिए पिखला भाग देखें)

इस हिस्से को अलग करके सांख्यिकीय प्रसंस्करण के लिए भेजा जाए

	सूचनार्थी द्वारा भरा जाए			सूचनार्थी द्वारा भरा जाए					
1.	जन्म तिथि:		7.	माता का निवास का शहर या					
2.	लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें) :			यह उस स्थान से भिन्न हो स "शहर" या "गांव" पर निशान					
	पिता का विवरण:-			शहर या गाँव:	उप जिला	/-			
3.	नाम: First Name Middle Name Last Name			जिला: राज	य या केंद्र शासित प्रदेश:				
(क)				पिन कोड:					
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):		8.	माता की आयु (पूर्ण वर्षों में) इ	रम जन्म के ममरा :				
(ग)	मोवाइल नं.:		0.	नाता का जायु (पूर्ण पंचा न) र	१स अग्य क समय .				
(ঘ)	र्इमेल आईडी:		9.	माता की शिक्षा का स्तर:					
4.	माता का विवरण:-	⊨							
(क)	नाम: First Name Middle Name Last Name	्म	10.	बच्चे के जन्म के समय सहायक	(निम्न में से किसी एक पर	सही का			
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):			निशान लगायें):					
(ग)	मोबाइल नं. :	कि ।		1. संस्थागत-सरकारी					
(ঘ)	ईमेल आईडी:	보		2. संस्थागत - निजी अथवा गै	र सरकारी				
5.	जन्म स्थान (निम्न में से 1 या 2 या 3 पर सही का निशान लगाएं और "अस्पताल / संस्थान" का नाम	4		3. डॉक्टर, नर्स या प्रशिक्षित व					
	और पता या "घर" या 'अन्य स्थान" का पता दें जहां जन्म हुआ था):	। सं		100 100	राइ				
	1. अस्पताल/संस्थान नाम:	ব		4. पारंपरिक जन्म परिचर					
	2. घर 3. अन्य स्थान पता : मकान नं. मोहल्ला :	अलग किया जाए और सांख्यिकीय प्रसंस्करण के लिए भेजा		5. रिश्तेदार या अन्य					
	वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): शहर या गाँव:	Hiकि	11.	ग र्भधारण की अवधि (सप्ताह	में) :				
	उप जिला: जिला:	본	12.	भ्रूण की मृत्यु का कारण (यदि	ज्ञात हो):				
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:	″ਲ 		10 Maria					
6.	सूचनादाता का विवरण:								
(क)	नाम: First Name Middle Name Last Name	lb -							
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):	क्							
(ग)	मोबाइल नं. :	 							
(ঘ)	ईमेल आईडी:	<u>।</u>							
(ॾ)	पता: मकान नंबर:	(n)							
	मोहल्ला : वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):								
	शहर या गाँव: उप जिला: जिला:			(एक से अधिक जन्म के मामले		Access to the control of the control			
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:			भरें और बाईं ओर नीचे दिए ग		म में, जैसी भी			
घोषणा				स्थिति हो, 'जुड़वां जन्म' या 'र	तीन जन्म' आदि लिखें।)				
	अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सच्ची जानकारी प्रदान की है। मैं गलत जानकारी प्रस्तुत								
	िलए जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दंड								
	में जानता हूं। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से पहचान प्रमाणित करने के लिए								
	(वित्तीय और अन्य सब्सिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत								
सहमात	ो देता हूं।								
<i>(</i> कॉलम	ा <i>1</i> से <i>12</i> तक पूरा करने के बाद,								
	देने वाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेगा)								
दिनां		(भरे जाने	वाले क	जॅलम समाप्त हो गए हैं। अब बार्	ईं ओर हस्ताक्षर करें)				
	सूचनादाता के हस्ताक्षर या वाएं अंगूठे का निशान पंजीकार द्वारा भरा जाए					रद्वारा भरा जाए			
	भणान्यर द्वारा भरा जाए			नाम	कोड संख्या	. बारा नरा जाए			
पंजीक	ण संख्या :	ज़िला:		9 95800					
पंजीकर	ण तिथि : 🔃 🖂 🖟 📈 📈 - 🔻 🗸 🗸	उप जि							
	ण इकाई :		05000						
शहर/ग	ांव :	शहर/ ग	пч :						
उप जि		पंजीकरण	डकार्ड	:					
जिला :		पंजीकरण							
टिप्पर्ण	ो (यदि कोई हो) :	पंजीकरण तिथि : DD - MM - Y Y Y Y							
ATE BOX	0.00 0.00 N.C.								
		12255		ला/ट्रांसजेंडर व्यक्ति					
		जन्म स्थान : 1. अस्पताल/संस्थान 2. घर 3. अन्य स्थान							
	पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर			τ	iजीकार का नाम और हस्त	गक्षर			

फॉर्म 3: मृत जन्म प्रतिवेदन भरने के लिए निर्देश

विषय संख्या	NOTE 64 NV NOTE 65 1998 1 1998													
1	दिनांक, जहां भी हो,	, dd-mm-yy	yy प्रारूप	में प्रदान की जार्न	ो है, जहां dd दो अंकों मे	दिनांक	है, mm दो अंकों में महीना है							
	और yyyy चार अंक	ों में वर्ष है। ज	हां भी दि	नांक शब्दों में लिख	ी हो उसे पूरा लिखा जा	ना चाहि।	ए जैसे 01-01-2023 को एक							
			100		- 10		लिए केवल 'अरबी अंकों' जैसे							
	0,1,2,3,4,5,6,7,8		Section 1				3							
2		6650		र्ज करें। संक्षिप्तीकर	ण का प्रयोग न करें।									
3,4,6	AND THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NAMED IN	Communication and a series		- 19 - 19 - 19 - 19 - 19 - 19 - 19 - 19		4 FURN SHIPPORTS	, जहां पूरा नाम (संक्षिप्त नाम अंतिम नाम] में कम से कम दो							
5,6	पता, जहां भी हो, उ	उसमें राज्य या	केंद्र शासि	त प्रदेश, जिला,	उप-जिला, शहर या गांव	, वार्ड सं	ख्या (शहर के मामले में, यदि							
	उपलब्ध हो), मोहल्ल				W 575		6 95							
5	जन्म स्थान के लिए	CATACON VACA SANCE HIME	tive Minimizer	en all charges process into consessions	(100 may 201)									
	1. अस्पताल/ संस्थान			ple Administration ■ p										
	2. घर													
	2. वर 3. अन्य स्थान "अस्पताल/संस्थान" का नाम और पता या "घर" या "अन्य स्थान" का पता दें जहां जन्म हुआ हो													
7	ाअस्पताल/सस्थाना को नाम आर पता यो "घर" यो "अन्य स्थाना को पता द जहा जन्म हुआ हो माँ के निवास का शहर यो गाँव: वह स्थान जहाँ माता प्रायः रहती है। यह उस स्थान से भिन्न हो सकता है जहां जन्म हुआ हो ।													
•	घर का पता लिखा जाना आवश्यक नहीं है।													
9	शिक्षा का स्तर - निः	त्रलिखित में से	एक लिखें	-										
	1. पूर्व-प्राथमिक	6. कक्षा 5	11. कक्ष	ता 10	16. स्नातक/ पूर्वस्नातक		21. औपचारिक शिक्षा के बिना साक्षर							
	2. कक्षा 1	7. कक्षा 6	12. कक्ष	π 11	17. पीजी		22. निरक्षर							
	3. कक्षा 2	8. कक्षा 7	13. कक्ष	ग 12	18. मास्टर / स्नातकोत्त	र								
	4. कक्षा 3	9. कक्षा 8	14. आ	ईटीआई	19. एम.फिल									
	5. कक्षा 4	10.कक्षा 9	15. ਵਿ	प्लोमा/प्रमाणपत्र	20. डॉक्टरेट और उसर	ने ऊपर								
	(शिक्षा का पूर्ण स्तर कक्षा लिखें)	⊔ लिखें, उदाहर ^ए	ग के लिए	यदि सातवीं कक्षा	ा तक पढ़ाई की है, लेकिन	केवल छट	ी ते कक्षा उत्तीर्ण की है, तो छठी							
12.	भ्रूण की मृत्यु का का	रण - निम्नलिनि	बेत में से व	कोई एक लिखें -										
	1. रक्तस्राव (रक्तस्र	ाव)		7. माँ को मधुमेः	ह	13. म संक्रम	गँ में पार्वोवायरस B19 ण							
	2. प्लेसेंटल की सम	स्या		8. माँ में कॉक्सर	नेकी वायरस संक्रमण	14. Ŧ	गां में Q बुखार संक्रमण							
	3. गर्भनाल की सम	ास्या		9. माँ में हरपीज	। सिम्प्लेक्स संक्रमण		15. माता में रूबेला (जर्मन खसरा) संक्रमण							
	4. प्री-एक्लेमप्सिय	Т		10. मां में लेप्टो	स्पायरोसिस संक्रमण		, i में फ्लू संक्रमण							
	5. शिशु में आनुवंशि		 दोष	11. मां में लाइम		100	गाँ में टोक्सोप्लामोसिस							
		WISHAR	Mak	a transit site:	1.02.4.3127.1.1	17. मा म टाक्साप्लामासस संक्रमण								
	6. माँ में लीवर वि			12. माँ को मले	रेया का संक्रमण	7 /20000000000	18. नहीं बताया गया							
	(ऑब्स्टेस्ट्रिककोलेस	टास)												

ध्यान दें: सूचना देने वाले को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि मृत जन्म प्रतिवेदन में कोई भी विषय जहां तक संभव हो, खाली न छोड़ा जाए।

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 4 (नियम 7 देखें) मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाण पत्र

(अस्पताल में दाखिल मरीजों के लिए, मृत जन्मो के लिए प्रयोग न किया जाए)
फॉर्म संख्या 2 (मृत्यु प्रतिवेदन) के साथ पंजीकार को भेजा जाए
इस प्रमाणपत्र की एक प्रति मृतक के निकटतम रिश्तेदार को प्रदान की जाए

मैं गुनदारा प्रमार्	णेत करता/करती :	इंकि उस व्यक्ति जिसकी	प्रविष्टियाँ नीचे दी गयी है,	की मत्य दिनांक	D M M V
20 153				या मृत्यु । यमाया	D - M M - Y
को व	बजे पूर्वाह्न/अपरा	ह्न, अस्पताल के वार्ड सं	ख्या में हुई।		
मृतक का नाम:	First Nam	ne Middle Name	Last Name		सांख्यिकीय कार्यालय
लिंग	ly-	मृत्यु	के समय आयु		के उपयोग के लिए
•	यदि आयु 1 वर्ष	यदि आयु 1 वर्ष से	यदि आयु एक महीने से	यदि आयु एक दिन से	1
3	या अधिक, वर्षों ~	कम, महीनो में	कम, दिनों में	कम, घंटों में	
1 11111	में	5	<u> </u>		
1. पुरुष 2. महिला					
2. पार्ला 3. ट्रांसजेंडर					
व्यक्ति					
	त्युकाकारण		'	per ses wes	
1.3	VIAS (S)			मृत्यु तथा बीमारी की	
I				शुरुआत के बीच का	
मुख्य कारण:				अनुमानित अंतराल	
	या जटिलता बता		ा (या परिणाम स्वरूप)		
	न कि मरने का तरी				
कि हृदय गति रुक	ना, कमजोरी आवि	दे।			
पूर्ववृत्त कारण					
मत्य के उक्त कार	ण के लिए. यदि व	कोई पुरानी (ख)			
बीमारी हो तो बत			ग (या परिणाम स्वरूप)		
11					
मृत्यु का अन्य के	ोई महत्वपूर्ण कार	ण जिसका (ग)			
The State of the S	ालात से कोई सम्ब	ान्ध नहीं हो े			
जिसके कारण मृत्	यु हुई हो।	**************************************			
		(0.000000000000000000000000000000000000			
मृत्यु का तरीका		-	बोट कैसे लगी?	Marie Control of the	
1. प्राकृतिक 2	2. दुर्घटना 3. अ	आत्महत्या 4. हत्या	5. लंबित जांच		
			सम्बंधित था? 1. हाँ 2. न	हीं	
यादहा, ताक्या	कोई बच्चा हुआ था	€ा. हा ८. नहा			
		8 <u>1-0-3</u>	.) and Co	x x 1111 2 h
		मृत्यु	के कारण को प्रमाणित कर	न वाल ।चाकत्सापारचीय	क का नाम आर हस्ताक्षर
			प्रमाणित करने र्व	ो दिनांक □ □ -	M M - Y Y Y
			ALCOHOLD TO A CONTRACT OF THE PARTY OF THE P		
			A III WAN AND AND AND AND AND AND AND AND AND A		

मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाण पत्र

फॉर्म भरने के लिए निर्देश

मृतक का नाम: [प्रथम नाम] [मध्य नाम] [अंतिम नाम] के प्रारूप में लिखा जाना चाहिए, जहां पूरा नाम (संक्षिप्त नाम नहीं) बड़े अक्षरों में लिखा जाना चाहिए और पहला नाम अनिवार्य है। [प्रथम नाम] या [मध्य नाम] या [अंतिम नाम] में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए । यदि मृतक एक शिशु है, जिसकी मृत्यु के समय अभी तक नाम नहीं रखा गया है, तो खाली छोड़ दें।

आयु: यदि मृतक 1 वर्ष से अधिक आयु का था, तो आयु पूर्ण वर्षों में दें। यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से कम थी, तो आयु महीनों में दें और यदि 1 माह से कम हो, तो आयु पूर्ण दिनों की संख्या में दें, और यदि एक दिन से कम हो, तो घंटों में दें।

मृत्यु का कारण: फॉर्म के इस भाग को हमेशा परिचर्या भरने वाले चिकित्सक द्वारा स्वयं पूरा करना चाहिए।

मृत्यु के कारण का प्रमाणीकरण दो भागों I और II में विभाजित है। भाग I को फिर से तीन भागों (क) (ख) और (ग) में विभाजित किया गया है। यदि एक ही बीमारी के कारण का स्पष्ट पता लग जाता है तो उसे भाग I के लाइन (क) पर लिखा जाएगा और इसके अतिरिक्त भाग I या भाग II में कुछ और नहीं लिखा जायेगा। उदाहरण के लिए, चेचक, निमोनिया, ह्रदय वेरी-वेरी आदि मृत्यु के पर्याप्त कारण है और और इतना ही लिखना पर्याप्त है।

प्रायः मृत्यु के समय मृतक में अन्य कई बीमारियां पायी जाती है ऐसी अवस्था में चिकित्सक को मृत्यु के प्रमाणपत्र को ठीक ढंग से भरना चाहिए ताकि मृत्यु के वास्तविक कारण को ठीक तरह से सारणीबद्ध किया जा सके। पहले भाग I (क) में मृत्यु का मुख्य कारण लिखे। इसका मतलब मृत्यु कैसे हुई है, से नहीं है, उदाहरण के लिए दिल का दौरा, सांस रुकना आदि। प्रमाणीकरण में इनको दर्ज नहीं करना चाहिए, क्योंकि यह मृत्यु कैसे हुई बतलाते है, न की मृत्यु का कारण। दूसरा यह देखे कि क्या मृत्यु किसी पेचीदगी या किसी पुरानी बीमारी के परिणामस्वरूप हुई है। यदि ऐसा है तो पूर्ववर्ती कारण को भाग I लाइन (ख) में दर्ज करे। कभी कभी मृत्यु के कारण की तीन अवस्थाएं होती है। यदि ऐसा हो तो लाइन (ग) में दर्ज करे। सारणीबद्ध किये जाने वाले मूल कारण को हमेशा भाग I के अंत में लिखे।

शारीरिक अस्वस्थता या अभिघात भी हो सकते है, जिनका मृत्यु से सीधा सम्बन्ध नहीं हो परन्तु ये भी मृत्यु के कारणों में से एक कारण हो सकते है। कभी कभी विशेषकर बाल मृत्यु में चिकित्सक के लिए यह निश्चित करना मुश्किल हो जाता है कि बहुत से अलग-अलग कारणों में मृत्यु का मूल कारण कौन सा था। केवल एक ही कारण सारणीबद्ध करना होता है अतः इसे चिकित्सक अवश्य निश्चित करें। यदि अन्य बीमारियाँ मूल कारण से प्रभावित नहीं हो तो उन्हें भाग ॥ में दर्ज करें।

दो या उससे अधिक कारणों को एक ही लाइन में ना लिखें। कृपया प्रमाण पत्रों में बीमारियों के नाम यथासम्भव साफ-साफ और स्पष्ट शब्दों में लिखें ताकि गलत पढ़ा जाने का जोखिम ना रहे।

बीमारी की शुरुआत: जब भी संभव हो, बीमारी की शुरुआत से मृत्यु के बीच के अंतराल के कॉलम अनुमान से भर दे । उदाहरण के लिए, "जन्म से", " अनेक वर्ष से"।

आकस्मिक या हिंसक मृत्यु:: बाहरी कारण और अभिघात किस प्रकार का है दोनों को दर्ज किया जाए । चिकित्सक या चिकित्सालय अभिघात के बारे में बता सकते हैं कि शरीर का कौन सा अंग क्षतिग्रस्त हुआ है और जब भी पता चले, मृत्यु का बाहरी कारण भी साफ-साफ लिखे । उदाहरण के लिए (क) हाइपोस्टैटिक निमोनिया (ख) गर्दन की हड्डी टूटना (ग) घर में सीढ़ी से गिरना ।

मातृ मृत्यु: गर्भावस्था और प्रसव सम्बन्धी प्रश्नो पर उत्तर देते समय विशेष ध्यान दे चाहे गर्भावस्था से मृत्यु का कोई भी संबंध ना रहा हो, फिर भी यह सूचना सभी गर्भावस्था-आयु-समूह की महिलाओं के लिए आवश्यक है।

वृद्धावस्था या बुढ़ापा: यदि अधिक विशिष्ट कारण ज्ञात हो तो वृद्धावस्था (या बुढ़ापा) को मृत्यु का कारण ना लिखा जाए। यदि वृद्धावस्था भी मृत्यु का एक कारण हो तो उसे भाग II में दर्ज किया जाए । उदाहरण: (क) पुराना ब्रोंकाइटिस, (ख) वृद्धावस्था

जानकारी की पूर्णता: बीमारी का पूरा विवरण देने की आवश्यकता नहीं है, लेकिन, यदि जानकारी उपलब्ध हो तो इतना पर्याप्त विवरण अवश्य दिया जाए जिसमें कि मूल कारण स्पष्ट हो जाए ।

उदाहरण: खून की कमी - यदि ज्ञात हो तो खून की कमी का प्रकार लिखे। नियोप्लाज्म - बतायें कि ये सुदम्य है या दुर्दम्य और संभव हो तो प्रारंभिक नियोप्लाज्म का स्थान भी बताएं। हृदय रोग - विशेष रूप से रोगी की अवस्था का विवरण करें। रक्त-धिक्काजय से दिल का दौरा हुआ या पुराना फुफस्जनय (क्रोनिक कोर- पल्मोनेल) आदि हो, तो पूर्ववर्ती स्थिति बताएं। टेटनस - यदि ज्ञात हो तो पूर्वगामी अभिघात का वर्णन करें। ऑपरेशन - वह स्थिति बताएं जिसके लिए ऑपरेशन किया गया था। पेचिश - यदि ज्ञात हो तो निर्दिष्ट करें कि क्या बेसिलरी, अमीबिक आदि है। गर्भावस्था या प्रसव की जटिलताएँ - विशेष रूप से जटिलता का वर्णन करें। तपेदिक - प्रभावित अंगों का विवरण दें।

लिश्णिक कथन: अपाक्ष, दस्त, बुखार, जलोदर, पीलिया, दुर्बलता आदि ऐसे लक्षण हैं जो विभिन्न अवस्थाओं में से किसी एक कारण से हो सकता है। यदि संभव हो तो बीमारी का उल्लेख करें जिसके लक्षण से बीमारी हुई

मृत्यु का तरीका: मृत्यु जोकि बाहरी कारणों से नहीं हुई हो तो प्राकृतिक मृत्यु माना जाना चाहिए। यदि मृत्यु का कारण ज्ञात है, लेकिन यह ज्ञात नहीं है कि मृत्यु दुर्घटना, आत्महत्या या मानव वदा के कारण हुई थी, और आगे की जांच का विषय है, तो मृत्यु का कारण अवश्य भरा जाना चाहिए और मृत्यु का ढंग "लंबित जांच" दिखाना चाहिए।

जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 10(2) के प्रावधानों के अनुसार, मृत्यु के संबंध में जानकारी देने के लिए इस अधिनियम के तहत निकटतम रिश्तेदार को मृत्यु के कारण का प्रमाण पत्र दिया जाएगा।।

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 4(क) (नियम 7 देखें) मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाण पत्र

(गैर-संस्थागत मृत्यु के लिए, मृत जन्मो के लिए प्रयोग न किया जाए)

(जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) के अंतर्गत व्यक्ति को फॉर्म संख्या 2 (मृत्यु प्रतिवेदन) के साथ पंजीकार को मृत्यु के संबंध में जानकारी देना आवश्यक है।)

मैं एतद्वारा प्र	गमाणित करता/करर्त	ो हूं कि श्री/श्रीमती/ कुम	ारी	पुत्र/पत्नी/पुत्री	
निवासी			दिनांक	से तव	न मेरी चिकित्सा में
था /थी और	उसकी मृत्यु दिनांक	D D - M I	M - Y Y Y Y	को बजे पूर्वाह	म/अपराह्न हुई ।
मृतक का नाम:	First Nam	ne Middle Name	Last Name		सांख्यिकीय कार्यालय
लिंग		मृत्य	के समय आयु		के उपयोग के लिए
	यदि आयु 1 वर्ष या अधिक, वर्षों में	यदि आयु 1 वर्ष से कम, महीनो में	यदि आयु एक महीने से कम, दिनों में	यदि आयु एक दिन से कम, घंटों में	
1. पुरुष 2. महिला 3. ट्रांसजेंडर व्यक्ति					
कारण मृत्यु हुई कि हृदय गति । पूर्ववृत्त कारण	मृत्यु का कारण ोट या जटिलता बता , न कि मरने का तर्र रुकना, कमजोरी आ जरण के लिए, यदि व बताये।	मृत्यु तथा बीमारी की शुरुआत के बीच का अनुमानित अंतराल			
	कोई महत्वपूर्ण कार हालात से कोई सम्ब नृत्यु हुई हो।				
	ाहिला थी, तो क्या मृ क्या कोई बच्चा हुआ		से सम्बंधित था? 1. हाँ 2.	नहीं	
		मृत्यु वे	ज्ञारण को प्रमाणित करने प्रमाणित करने की	Market an Mil supplement was executed to	का नाम और हस्ताक्षर
8		निर्दे	शों के लिए पीछे देखें		
45					70

मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाण पत्र

फॉर्म भरने के लिए निर्देश

मृतक का नाम: [प्रथम नाम] [मध्य नाम] [अंतिम नाम] के प्रारूप में लिखा जाना चाहिए, जहां पूरा नाम (संक्षिप्त नाम नहीं) बड़े अक्षरों में लिखा जाना चाहिए और पहला नाम अनिवार्य है। [प्रथम नाम] या [मध्य नाम] या [अंतिम नाम] में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए । यदि मृतक एक शिशु है, जिसकी मृत्यु के समय अभी तक नाम नहीं रखा गया है, तो खाली छोड़ दें।

आयु: यदि मृतक 1 वर्ष से अधिक आयु का था, तो आयु पूर्ण वर्षों में दें। यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से कम थी, तो आयु महीनों में दें और यदि 1 माह से कम हो, तो आयु पूर्ण दिनों की संख्या में दें, और यदि एक दिन से कम हो, तो घंटों में दें।

मृत्यु का कारण: फॉर्म के इस भाग को हमेशा परिचर्या भरने वाले चिकित्सक द्वारा स्वयं पूरा करना चाहिए।

मृत्यु के कारण का प्रमाणीकरण दो भागों I और II में विभाजित है। भाग I को फिर से तीन भागों (क) (ख) और (ग) में विभाजित किया गया है। यदि एक ही बीमारी के कारण का स्पष्ट पता लग जाता है तो उसे भाग I (क) पर लिखा जाएगा और इसके अतिरिक्त भाग I या भाग II में कुछ और नहीं लिखा जायेगा। उदाहरण के लिए, चेचक, निमोनिया, ह्रदय वेरी-वेरी आदि मृत्यु के पर्याप्त कारण है और और इतना ही लिखना पर्याप्त है।

प्रायः मृत्यु के समय मृतक में अन्य कई बीमारियां पायी जाती है ऐसी अवस्था में चिकित्सक को मृत्यु के प्रमाणपत्र को ठीक ढंग से भरना चाहिए ताकि मृत्यु के वास्तविक कारण को ठीक तरह से सारणीबद्ध किया जा सके। पहले भाग I (क) में मृत्यु का कारण लिखे। इसका मतलब मृत्यु कैसे हुई है, से नहीं है, उदाहरण के लिए दिल का दौरा, सांस रुकना आदि। प्रमाणीकरण में इनको दर्ज नहीं करना चाहिए, क्योंकि यह मृत्यु कैसे हुई बतलाते है, न की मृत्यु का कारण। दूसरा यह देखे कि क्या मृत्यु किसी पेचीदगी या किसी पुरानी बीमारी के परिणामस्वरूप हुई है। यदि ऐसा है तो पूर्ववर्ती कारण को भाग I लाइन (ख) में दर्ज करे। कभी कभी मृत्यु के कारण की तीन अवस्थाएं होती है। यदि ऐसा हो तो लाइन (ग) में दर्ज करे। सारणीबद्ध किये जाने वाले मूल कारण को हमेशा भाग I के अंत में लिखे।

शारीरिक अस्वस्थता या अभिघात भी हो सकते है, जिनका मृत्यु से सीधा सम्बन्ध नहीं हो परन्तु ये भी मृत्यु के कारणों में से एक कारण हो सकते है। कभी कभी विशेषकर बाल मृत्यु में चिकित्सक के लिए यह निश्चित करना मुश्किल हो जाता है कि बहुत से अलग-अलग कारणों में मृत्यु का मूल कारण कौन सा था। केवल एक ही कारण सारणीबद्ध करना होता है अतः इसे चिकित्सक अवश्य निश्चित करें। यदि अन्य बीमारियाँ मूल कारण से प्रभावित नहीं हो तो उन्हें भाग ॥ में दर्ज करें।

दो या उससे अधिक कारणों को एक ही लाइन में ना लिखें। कृपया प्रमाण पत्रों में बीमारियों के नाम यथासम्भव साफ-साफ और स्पष्ट शब्दों में लिखें ताकि गलत पढ़ा जाने का जोखिम ना रहे।

बीमारी की शुरुआत: जब भी संभव हो, बीमारी की शुरुआत से मृत्यु के बीच के अंतराल के कॉलम अनुमान से भर दे । उदाहरण के लिए, **"**जन्म से", " अनेक वर्ष से"।

आकित्मिक या हिंसक मृत्यु: बाहरी कारण और अभिघात किस प्रकार का है दोनों को दर्ज किया जाए । चिकित्सक या चिकित्सालय अभिघात के बारे में बता सकते हैं कि शरीर का कौन सा अंग क्षतिग्रस्त हुआ है और जब भी पता चले, मृत्यु का बाहरी कारण भी साफ-साफ लिखे । उदाहरण के लिए (क) हाइपोस्टैटिक निमोनिया (ख) गर्दन की हड्डी टूटना (ग) घर में सीढ़ी से गिरना ।

मातृ मृत्यु: गर्भावस्था और प्रसव सम्बन्धी प्रश्नो पर उत्तर देते समय विशेष ध्यान दे चाहे गर्भावस्था से मृत्यु का कोई भी संबंध ना रहा हो, फिर भी यह सूचना सभी गर्भावस्था-आयु-समूह की महिलाओं के लिए आवश्यक है।

वृद्धावस्था या बुढ़ापा: यदि अधिक विशिष्ट कारण ज्ञात हो तो वृद्धावस्था (या बुढ़ापा) को मृत्यु का कारण ना लिखा जाए। यदि वृद्धावस्था भी मृत्यु का एक कारण हो तो उसे भाग II में दर्ज किया जाए । उदाहरण: (क) पुराना ब्रोंकाइटिस, (ख) वृद्धावस्था

जानकारी की पूर्णता: बीमारी का पूरा विवरण देने की आवश्यकता नहीं है, लेकिन, यदि जानकारी उपलब्ध हो तो इतना पर्याप्त विवरण अवश्य दिया जाए जिसमें कि मूल कारण स्पष्ट हो जाए ।

उदाहरण: खून की कमी - यदि ज्ञात हो तो खून की कमी का प्रकार लिखे। नियोप्लाज्म - बतायें कि ये सुदम्य है या दुर्दम्य और संभव हो तो प्रारंभिक नियोप्लाज्म का स्थान भी बताएं। हृदय रोग - विशेष रूप से रोगी की अवस्था का विवरण करें। रक्त-धिक्काज्य से दिल का दौरा हुआ या पुराना फुफस्जनय (क्रोनिक कोर- पल्मोनेल) आदि हो, तो पूर्ववर्ती स्थिति बताएं। टेटनस - यदि ज्ञात हो तो पूर्वगामी अभिघात का वर्णन करें। ऑपरेशन - वह स्थिति बताएं जिसके लिए ऑपरेशन किया गया था। पेचिश - यदि ज्ञात हो तो निर्दिष्ट करें कि क्या बेसिलरी, अमीबिक आदि है। गर्भावस्था या प्रसव की जटिलताएँ - विशेष रूप से जटिलता का वर्णन करें। तपेदिक - प्रभावित अंगों का विवरण दें।

लिश्णक कथन: अपाक्ष, दस्त, बुखार, जलोदर, पीलिया, दुर्बलता आदि ऐसे लक्षण हैं जो विभिन्न अवस्थाओं में से किसी एक कारण से हो सकता है। यदि संभव हो तो बीमारी का उल्लेख करें जिसके लक्षण से बीमारी हुई

जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 10(3) के प्रावधानों के अनुसार, मृत्यु के संबंध में जानकारी देने के लिए इस अधिनियम के तहत निकटतम रिश्तेदार को मृत्यु के कारण का प्रमाण पत्र दिया जाएगा।।



सं./ No.

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार GOVERNMENT OF NCT OF DELHI

State Govt. Emblem

.....विभाग/..(प्रमाणपत्र जारी करने वाले स्थानीय निकाय का नाम)...... DEPARTMENT OF....../ (Name of local bsody issuing certificate)

ячя-5 Form-5

जन्म प्रमाण-पत्र BIRTH CERTIFICATE

(जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 12 / 17 तथा दिल्ली जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन) नियम, 2024 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 Delhi Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules 2024.

यह प्रमा					100	25												
 जिला																		
This is t																	hich	is the
register	for			rea/loc														district
नाम/Nan																		
लिंग/Sex																		
जन्म तिथि																		
जन्म स्थान																		
माता का न																		
माता का ब						x	x	x	x	x	x	x	x					
पिता का न	राम/Nan	ne of F	athe	r	 													
पिताका अ						Y	v	v	v	v	v	v	v					
बच्चे के जन	म के सम	य माता-	पिता	का पता/				म	ता-पि	पेता व	का स्थ	ायी '	पता /	9				
Address					the c	hild:							s of		ents	i:		
				•••••				•••••		•••••								
 पंजीकरण	/R	enistrs		 No :		ū	जीक						 gistra					
नजान्त्र टिप्पणी/R जारी करने	Remarks	(if any	y)		 2				- 117	., Da		٠ ١٠٥١	,,,,,,	46101				

प्राधिकारी के हस्ताक्षर/Signature of the issuing authority प्राधिकारी का पता / Address of the issuing authority मोहर/**Seal**



सं./ No.

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार GOVERNMENT OF NCT OF DELHI



State Govt. Emblem

.....विभाग/..(प्रमाणपत्र जारी करने वाले स्थानीय निकाय 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 दिल्ली जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन) नियम 2024 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 Delhi Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules 2024.

यह प्रमाणित किया जात	R/A*	1070								2000				क्षेत्र
जिला	राज्य <u></u>	के रजिस्ट	र में उरि	लेखि	त है	1								
This is to certify that the fol	lowing information has b	een tak	en from	the	origii	nal re	ecor	d of	death	n whi	ich is	the r	egister fo	· (loca
area/local body)		c	of Sub-	distric	et					of D	istrict			
of State/Union territory														
नाम/Name:														
मृतक का आधार नं. / Aadhaa	r No. of deceased :		x x	x	x	x	x	x	x					
लिंग/Sex														
मृत्यु की तिथि/Date of Death														
मृत्यु का स्थान/Place of Deat	h													
माता का नाम/Name of Moth	er													
माता का आधार नं. / Aadhaa	r No. of Mother:		x x	x	x	x	x	x	x					
पिता का नाम/Name of Fathe	ər													
पिता का आधार नं. / Aadhaa	No. of Father :		x x	x	х	х	x	х	х					
पति/पत्नी का नाम/ Name of I	Husband/Wife													
पति/पत्नी का आधार नं. /Aadh	aar No. of Husband/Wife	e: [x x	x	х	х	х	х	х					
मृतक का मृत्यु के समय का पत	τ/				मृत	नक क	न स्थ	ायी प	नता /					
Address of the deceased a	t the time of death:	F	Perman	ent a	ddre	ss o	f the	dec	ease	d:				
पंजीकरण संख्या/Registration		पंजीकरण	ा दिनांव	/Da	ate o	f Re	gistra	ation						
टिप्पणी/Remarks (if any)														
जारी करने कि तिथि /Date of	issue :			_		,		72						
				_	_								ng authori	ty

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

मोहर/Seal

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 7

(नियम 12 देखें) जन्म रजिस्टर विधिक सूचनाएं

यह भाग जन्म रजिस्टर में जोड़ा जाए सूचनार्थी द्वारा भरा जाए जन्म की तिथि D D - M M - Y Y Y 1. लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें) : 2. बच्चे का विवरण (यदि नाम नहीं है तो खाली छोड़ दें):-ताम, यदि कोई हो: 3. (क) (ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो): 4. पिता का विवरण:-First Name (क) (ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो): (ग) मोबाइल नं. : (ঘ) ईमेल आईडी : माता का विवरण:-(क) नाम: (ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो): (ग) मोबाइल नं.: (ঘ) र्डमेल आईडी: बच्चे के जन्म के समय माता-पिता का पता: मकान नं. : 6. वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): मोहल्ला : शहर या गाँव: उप-जिला: जिला: राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिनकोड: 7. माता-पिता का स्थायी पता: मकान नं.: मोहल्ला: वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): शहर या गाँव जिला: राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड: **जन्म स्थान** (निम्न में से 1 या 2 या 3 पर सही का निशान लगाएं और "अस्पताल / संस्थान" का नाम और पता या "घर" या 'अन्य स्थान" का पता दें जहां जन्म हुआ था): 1. अस्पताल/संस्थान नाम: पता: मकान नं.: 2. घर 3. अन्य स्थान मोहल्ला : वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): शहर या गाँव: उप-जिला: जिला: राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड: 9. सूचनादाता का विवरण: (क) (ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो): (ग) मोबाइल नं.: **(घ)** ईमेल आईडी: मकान नं. : (三) पताः वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): मोहल्ला : शहर या गाँव: जिला: उप-जिला: राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड: घोषणाः 🔲 मैंने अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सच्ची जानकारी प्रदान की है। मैं गलत जानकारी प्रस्तुत करने के लिए जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दंड के बारे में जानता हूं। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से पहचान प्रमाणित करने के लिए आधार (वित्तीय और अन्य सब्सिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत सहमति देता हूं। (कॉलम 1 से 22 को पूरा करने के बाद, सूचना देने वाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेगा) दिनांकः सूचनादाता के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान पंजीकार द्वारा भरा जाए पंजीकरण संख्या : पंजीकरण तिथि : पंजीकरण इकाई : शहर/ गांव : उप जिला : टिप्पणी (यदि कोई हो): पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 8 (नियम 12 देखें) मृत्यु रजिस्टर विधिक सूचनाएँ इस भाग को मृत्यु रजिस्टर में जोड़ा जाए

	सूचनार्थी द्वारा भरा जाए
1.	मृत्यु तिथि: 🔻 🗖 🗖 - 📉 🕅 - 📉 - 📉 -
2.	मृतक का विवरण::-
(क)	नाम: First Name Middle Name Last Name
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(ग)	जन्म तिथि (यदि उपलब्ध हो): DD-MM-YYYY
(ঘ)	आयु : लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें) :
3.	माता का विवरण::-
4.	नाम: First Name Middle Name Last Name
(क)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(ख)	मोबाइल नं.:
(ग)	ईमेल आईडी:
(ঘ)	पिता का विवरण:-
25 52	नाम: First Name Middle Name Last Name
5.	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(क) (क)	मोबाइल नं.:
(ख)	ईमेल आईडी:
(ग)	जीवनसाथी (पति/पत्नी) का विवरण:-
(ঘ)	नाम: First Name Middle Name Last Name
6.	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
6. (क)	जन्म तिथि (यदि उपलब्ध हो):
(फ) (ख)	आयु (पूर्ण वर्षों में):
100 IN	मोबाइल नं.:
(ग) (च)	ईमेल आईडी: मृत्यु के समय मृतक का पता: मकान नं. :
(घ) (홍)	मृत्यु क समय मृतक का पताः मकान न. : मोहल्ला: वार्ड संख्या (शहर के मामले मे, यदि उपलब्ध हो):
(%)	शहर या गाँव: उप-जिला: जिला:
(च)	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:
7.	मृतक का स्थायी पता: मकान नं. : मोहल्ला: वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):
	शहर या गाँव: उप-जिला: जिला:
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:
8.	मृत्यु का स्थान (निम्न में से 1 या 2 या 3 पर सही का निशान लगाएं और "अस्पताल / संस्थान" का नाम और पता या "घर" या
	"अन्य स्थान" का पता दें जहां मृत्यु हुई थी):
	1. अस्पताल/संस्थान नाम:
9.	2. घर: 3. अन्य स्थान पता: मकान नं. :
	मोहल्ला वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): शहर या गाँव: उप-जिला: जिला:
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:
	सूचनादाता का विवरण:-
	नाम: First Name Middle Name Last Name
	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
10.	माबाइल न.:
(क)	इमल आइडा: पता: मकान नं. :
(ख)	मोहल्ला वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):
(ग)	शहर या गाँव: उप-जिला: जिला: राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:
(ঘ)	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:
(ঙ্গ)	
	ुमैंने अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सञ्ची जानकारी प्रदान की है। मैं गलत जानकारी प्रस्तुत करने के लिए जन्म
	पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दंड के बारे में जानता हूं। इसके अलावा, मैं आधार
	ण के माध्यम से पहचान प्रमाणित करने के लिए आधार (वित्तीय और अन्य सब्सिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) त, 2016 के तहत सहमति देता हूं।
	त, 2010 जे सहस सहसास प्रसा है। कि मेरा ज्ञान और जानकारी है, मृतक के आधार का विवरण उपलब्ध नहीं है।
(सभी का	लम 1 से 21 को पूरा करने के बाद,
सूचना देन	वे वाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेगा)
दिनांक	
	सूचनादाता के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान पंजीकार दारा भरा जाए
पंजीकरण	
पंजीकरण	
पंजीकरण	इकाई:
शहर/ गांव	व :
टिप्पणी (यदि कोई हो) :
मन्त्रकात	कारण (फॉर्म 4/4क के अनुसार) :
मृत्यु या। प	and the man is affect.
	गंजीकार का नाम और उपस्था
	पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 9

(नियम 12 देखें)

मृत जन्म रजिस्टर विधिक सचनाएँ

विधिक सूचनाएँ इस भाग को मृत जन्म रजिस्टर में जोड़ा जाए

	सूचनार्थी द्वारा भरा जाए							
1.	जन्म तिथि: DD - MM - Y Y Y Y							
2.	लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें) :							
3.	पिता का विवरण:-							
(क)	नाम: First Name Middle Name Last Name							
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):							
(ग)	मोबाइल नं.:							
2000 1000	ईमेल आईडी:							
(ঘ)	माता का विवरण:-							
4.	नाम: First Name Middle Name Last Name							
(क)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):							
(ख)	मोबाइल नं.:							
(ग)	ईमेल आईडी:							
(ঘ)	जन्म स्थान (निम्न में से 1 या 2 या 3 पर सही का निशान लगाएं और "अस्पताल / संस्थान" का नाम और पता या "घर"							
5.	या "अन्य स्थान" का पता दें जहां जन्म हुआ था):							
	1. अस्पताल/संस्थान नाम:							
	2. घर 3. अन्य स्थान पता : मकान नं. मोहल्ला:							
	वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): शहर या गांव:							
	उप जिला: जिला:							
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:							
	सूचनादाता का विवरण:							
	नाम: First Name Middle Name Last Name							
6.	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):							
(क)	मोबाइल नं.:							
(ख)	र्डमेल आईडी:							
(ग)	Section 3 december 3							
(ঘ)	पता : मकान नं. मोहल्ला: वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):							
I Treases	शहर या गाँव: उप-जिला: जिला:							
(র)	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:							
घोषणाः								
	भपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सच्ची जानकारी प्रदान की है। मैं गलत जानकारी प्रस्तुत करने के लिए जन्म और							
	नीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 23 के तहत दंड के बारे में जानता हूं। इसके अलावा, मैं आधार							
15.000.000.00	करण के माध्यम से पहचान प्रमाणित करने के लिए आधार (वित्तीय और अन्य सब्सिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण)							
I	यम, 2016 के तहत सहमति देता हूं। - 1 के 12 को प्रस्त करते के उपन							
	ं 1 से 12 को पूरा करने के बाद, देने वाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेगा)							
5555								
दिनांव	27 No. 2007							
	सूचनादाता के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान पंजीकार द्वारा भरा जाए							
पंजीकर	ण संख्या :							
5507055	ण तिथि: □ □ □ - M M - Y Y Y Y ण इकार्ड:							
शहर/ ग								
उप जिल								
ज़िला:								
Trintole string	(यदि को ई हो):							
	पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर							
	- 11. 11. 11. 11. 11. 11. 11. 11. 11. 11							

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार

फॉर्म संख्या 10

(नियम 13 देखें)

	अनुपलब	धता प्रमाण-पत्र	
(जन्म और मृत्यु पं	जीकरण अधिनियम, 1969 (20	23 में संशोधित) की धारा 17 वे	के अंतर्गत जारी किया गया)
यह प्रमाणित रि	केया जाता है कि श्री/श्रीमती/	_{हु} मारी	
पुत्र/पत्नी/पुत्री		क्षेत्र	
			ज्य
			ई और यह पाया गया कि
पंजीकरण नहीं किया गय		स स	बंधित जन्म/मृत्यु की घटना का
दिनांक : d d - r	·		
			प्राधिकारी के हस्ताक्षर
			मोहर
	राष्ट्रीय राजधान	ी क्षेत्र, दिल्ली सरकार	
	••	11 <i>(नियम 14 देखें)</i>	
	जन्म की मा	सिक सारांश रिपोर्ट	
1. रिपोर्ट का माह :		वर्ष:	
2. जिला:			
3. शहर/गांव:			
4. पंजीकरण इकाई:			
5. माह के दौरान पंजीकृत	ा जन्मों की संख्या:		
पुरुष	स्त्री	ट्रांसजेंडर व्यक्ति	जोड़*
(1)	(2)	(3)	(1+2+3)
6. जन्म पंजीकरण में सम	य अंतराल:		
(क) उनके घटित	होने की समय सीमा (21 दिन) वे	क भीतर:	

- (ख) 21 दिनों से अधिक लेकिन उनके घटित होने के 30 दिनों के भीतर:
- (ग) 30 दिनों से अधिक लेकिन उनके घटित होने के एक वर्ष के भीतर:
- (घ) उनके घटित होने के एक वर्ष बाद:
- कुल* (क + ख + ग + घ):
- * यह जोड़ जन्म प्रतिवेदन फार्म (फार्म संख्या 1) के सांख्यिकीय भाग की संख्या के बराबर होना चाहिए, जो कि इस मासिक रिपोर्ट के साथ संलग्न है।

पंजीकार के हस्ताक्षर एवं नाम

दिनांक: dd-mm-yyyyy

मुख्य पंजीकार/जिला पंजीकार को प्रेषित

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 12 (*नियम 14 देखें*)

मृत्यु की मासिक सारांश रिपोर्ट

1.	रिपोर्ट व	का माह:			_	वर्ष_						
2.	जिला:											
3.	शहर/ग	ांव:										
4.	पंजीकरण इकाई:											
5.	माह के	दौरान पंजीकृ	त मृत्यु	का विद	त्ररण:							
मृत्यु (सभी शिशु मृत्यु, बाल शिशु मृत्यु (एक वर्ष से कम आयु) बाल मृत्यु (एक वर्ष या उससे अधिक मातृ मृत्यु												
मृत्य	ु एवं मात्	गृ मृत्यु सम्म ि	लेत)					विं	तु पाँच व	ार्ष से कम आर्	रुं)	
पुरुष	स्त्री	ट्रांसजेंडर	जोड़*	पुरुष	स्त्री	ट्रांसजेंडर	जोड़	पुरुष	स्त्री	ट्रांसजेंडर	जोड़	
		व्यक्ति				व्यक्ति				व्यक्ति		
6. मृत्यु	<u> पंजीकर</u>	ण में समय अं	तराल:									
	(क) उनवे	ह घटित होने व	की समय	ा सीमा	(21 दिन	ा) के भीतर:						
	(ख) 21 বি	दिनों से अधिव	ह लेकिन	उनके	घटित हो	ने के 30 दिन	ां के भी	तर:				
	(ग) 30 र्ा	देनों से अधिक	त्र लेकिन	उनके	घटित हो	ने के एक वर्ष	के भीत	र:				
	(घ) उनके	न्घटित होने वे	के एक व	र्ष बाद	:							
	कुल* (क	+ ख + ग + ध	त्र):									
नोट: ि	शेशु, बाल	मृत्यु और मा	तृ मृत्यु	को भी	मृत्यु में स	गम्मिलित किय	गा जान	ा चाहि	ए।			
				(फार्म स	तंख्या 2)	के सांख्यिकी	य भाग	की संख	ख्या के ब [्]	राबर होना च	ाहिए,	जो कि इस
माासक	ारपाट व	त्साथ संलग्न	ह ।									
												
										पंजीकार के	हस्ताक्ष	र एव गाम
दिनांक	:	dd-	m m	- y	ууу	′						

मुख्य पंजीकार/जिला पंजीकार को प्रेषित

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार फॉर्म संख्या 13 (*नियम 14 देखें*)

मृत जन्म की मासिक सारांश रिपोर्ट

4		2
1.	ारपाट का माह:	वष:
		, , ,

- 2. जिला:
- 3. शहर/गांव:
- 4. पंजीकरण इकाई:
- 5. माह के दौरान पंजीकृत मृत जन्म की संख्या:

पुरुष	स्री	ट्रांसजेंडर व्यक्ति	जोड़*
(1)	(2)	(3)	(1+2+3)

- 6. जन्म पंजीकरण में समय अंतराल:
 - (क) उनके घटित होने की समय सीमा (21 दिन) के भीतर:
 - (ख) 21 दिनों से अधिक लेकिन उनके घटित होने के 30 दिनों के भीतर:
 - (ग) 30 दिनों से अधिक लेकिन उनके घटित होने के एक वर्ष के भीतर:
 - (घ) उनके घटित होने के एक वर्ष बाद:

कुल* (क + ख + ग + घ):

* यह जोड़ मृत जन्म प्रतिवेदन फार्म (फार्म संख्या 3) के सांख्यिकीय भाग की संख्या के बराबर होना चाहिए, जो कि इस मासिक रिपोर्ट के साथ संलग्न है।

पंजीकार के हस्ताक्षर एवं नाम

दनाक: d d - m m - y y y y
--

मुख्य पंजीकार/जिला पंजीकार को प्रेषित

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार

फॉर्म संख्या 14

(नियम 9 देखें)

जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 13(2) के तहत <u>जन्म/मृत्यु की विलंबित</u> <u>रिपोर्टिंग</u> के लिए स्व-प्रमाणित दस्तावेज़ का प्रारूप

<u>ဗ</u>	<u> </u>	
मैं, पुत्र/पुत्री नेवासी करता/करती हूँ कि:		
1. मैं,/बच्चे का नाम/मृतक), रिपोर्टिंग की सूचना देने वाला सूचक हूं;		पुत्र/पुत्री/पत्नी के विलंबित जन्म/मृत्यु
2. उसका जन्म/मृत्यु(जन्म/मृत् हुई थी;	त्यु तिथि) को	(जन्म स्थान/मृत्यु) पर
3. जन्म/मृत्यु के समय उपस्थित सहायक व्यक्ति है;	था, f	जेसका निवास स्थान
4. उसके जन्म/मृत्यु की सूचना देने में देरी के कारण है		
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
 5. उसके जन्म/मृत्यु प्रमाण पत्र की बोषणा:		के लिए आवश्यकता है;
चार । चित्र मैं, घोषणा करता/करती हूं कि उपरोक्त जानकार्र उपरोक्त घटना की सूचना किसी भी पंजीकार को नहीं दी ह		
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	_२ जार इस संघव में याः	३ जन्म/मृत्यु त्रमाण पत्र जारा महा किया
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	ठ् जार इस सब् <i>व म</i> पाः	६ <i>जन्म/मृत्यु प्रमाण पत्र जारा महा किया</i> सूचनादाता का नाम और हस्ताक्षर या
गया है।	ठ्जार इस सव्य म ४॥:	

टिप्पणियाँ:

- 1. दिनांक, जहां कहीं भी हो, dd-mm-yyyy प्रारूप में प्रदान की जानी है, जहां dd दो अंकों में दिनांक है, mm दो अंकों में महीना है और yyyy चार अंकों में वर्ष है जहां भी दिनांक शब्दों में लिखी गई, उसे पूरा लिखा जाना चाहिए है, उदाहरण के लिए 01-01-2023 को एक जनवरी दो हजार तेईस के रूप में लिखा जाएगा। दिनांक और अन्य संख्यात्मक प्रविष्टियों को रिकॉर्ड करने के लिए केवल 'अरबी अंकों' जैसे 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 का उपयोग करें।
- 2. नाम, जहां कहीं भी हो, [प्रथम नाम] [मध्य नाम] [अंतिम नाम] के प्रारूप में प्रदान किया जाना है, जहां पूरा नाम (संक्षिप्त नाम नहीं) बड़े अक्षरों में लिखा जाना है और पहला नाम अनिवार्य है। [प्रथम नाम] या [मध्य नाम] या [अंतिम नाम] में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए।
- 3. पता, जहां भी हो, उसमें राज्य या केंद्र शासित प्रदेश, जिला, उप-जिला, शहर या गांव, वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो), मोहल्ला, मकान नं और पिन कोड शामिल होगा।

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार

फॉर्म संख्या 15

(नियम 16अ देखें)

अपील का प्रारूप

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

(जन्म एवं मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 25(अ) के अंतर्गत)

1. किसी कार्रवाई या आदेश से व्यथित : पंजीकार/जिला पंजीकार या पंजीकार/जिला पंजीकार के रूप में कार्य करने के लिए अधिकृत कोई अधिकारी (कार्यालय का विवरण नीचे दिया गया है)

गांव/शहर मोहल्ला

(194	131411	जिला	114/416	416	आई.डी.	अधिकारी जो कि पंजीकार/जिला पंजीकार के रूप में कार्य करने के लिए अधिकृत हो, का नाम				
2. अपील	2. अपील की ओर ले जाने वाली घटना का विवरण, दिनांक और आदेश संख्या आदि के साथ ।									
(घटन	(घटना का विस्तृत विवरण प्रदान करें, यदि आवश्यक हो तो अनुलग्नकों का उपयोग करें)									
घोषणाः										
	☐ मैंने अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के आधार पर सच्ची जानकारी प्रदान की है।									
	(अपीलकर्ता के हस्ताक्षर)									
दिनांक :						D D - M M - Y Y Y Y				

अपीलकर्ता विवरण :

राज्य जिला

उप-

नाम	पता	आधार संख्या	ईमेल आईडी	मोबाइल नं.

टिप्पणियाँ:

- 1. कृपया इस फार्म की एक प्रति अपने रिकॉर्ड के लिए अपने पास रखें।
- 2. अपील, यदि कोई हो, 30 दिनों की अवधि के भीतर जिला पंजीकार/मुख्य पंजीकार को अवश्य प्रस्तुत की जानी चाहिए।
- 3. दिनांक, जहां भी हो, को dd-mm-yyyy प्रारूप प्रदान किया जाना चाहिए, जहां दिनांक दो अंकों में है, mm दो अंकों में महीना है और yyyy चार अंकों में वर्ष है जहां भी दिनांक शब्दों में लिखी जाती है उसे पूरा लिखा जाना चाहिए जैसे 01-01-2023 लिखा जाएगा एक जनवरी दो हजार तेईस के रूप में। दिनांक और अन्य संख्यात्मक प्रविष्टियों को रिकॉर्ड करने के लिए केवल 'अरबी अंकों' जैसे 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 का उपयोग करें।
- 4. नाम, जहां कहीं भी हो, [पहला नाम] [मध्य नाम] [अंतिम नाम] के प्रारूप में प्रदान किया जाना है, जहां पूरा नाम (संक्षिप्त नाम नहीं) बड़े अक्षरों में लिखा जाना है और प्रथम नाम अनिवार्य है। [प्रथम नाम] या [मध्य नाम] या [अंतिम नाम] में कम से कम दो अक्षर होने चाहिए।
- 5. पता, जहां कहीं भी हो, उसमें राज्य या केंद्र शासित प्रदेश, जिला, उप-जिला, शहर या गांव, वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो), मोहल्ला, मकान नं और पिन कोड शामिल होगा।

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली के उप-राज्यपाल के आदेश से तथा उनके नाम पर,

गणेश सिंह रावत, निदेशक एवं मुख्य पंजीकार (जन्म एवं मृत्यु)

आर.य. पंजीकार/जिला पंजीकार या कोई भी अधिकत

DIRECTORATE OF ECONOMICS AND STATISTICS AND OFFICE OF THE CHIEF REGISTRAR (BIRTHS & DEATHS)

NOTIFICATION

Delhi, the 11th October, 2024

- **No. F. 4(43)/VS/DES/2024/ 5773.**—In exercise of the powers conferred by section 30 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (Act no. 18 of 1969) the Lt. Governor of the National Capital Territory of Delhi with the approval of the Central Government, hereby frames the Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules, 2024 to amend the Delhi Registration of Births and Deaths Rules, 1999 namely: —
- 1. (1) These rules may be called the Delhi Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules, 2024.
 - (2) They shall come into force from the date of their publication in the Official Gazette.
- 2. In the Delhi Registration of Births and Deaths Rules,1999 (hereinafter referred to as the principal rules), 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 Delhi Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules, 2024, 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 Delhi Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules, 2024, 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 Delhi Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules, 2024, 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,
 - (a) in the marginal heading, for the word, figures and brackets "section 10(3)", the words, brackets and figures "sub-sections (2) and (3) of section 10" shall be substituted;
 - (b) after the words "certificate as to the cause of death", the words, "including the history of illness, if any," shall be inserted;
 - (c) for the words, brackets and figure "sub-section (3)", the words, brackets and figures "sub-sections (2) and (3)" shall be substituted;
 - (d) for the words, figures and letter "Form No.4 or 4A", the words, figures and letter "Form No. 4 and 4A respectively" shall be substituted.
- 4. In rule 8 of the principal rules,
 - (a) in the marginal heading, for the words "Extracts of registration entries to be given", the words "Certificate of registration of births or deaths to be given" shall be substituted;
 - (b) in the sub-rule (1),
 - (i) for the words "extracts of particulars", the words "certificate of birth or death extracted" shall be substituted;
 - (ii) after the words "given to an informant", the words ",electronically or otherwise," shall be inserted;
 - (c) for sub-rule (2), the following sub-rule shall be substituted, namely:-
 - "(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 thirty days of its reporting.";
 - (d) in sub-rule (3),—
 - (i) after the words "shall transmit", the words ",electronically or otherwise," shall be inserted;
 - (ii) for the word "extracts", the word "certificate" shall be substituted;
 - (iii) after the words "present in the house", the words "or, in his absence, the oldest adult person present," shall be inserted;

- (e) in sub-rule (4),—
 - (i) for the words, brackets and letters "births and deaths referred to in clauses (b) to (e)", the words, brackets and letters "births and deaths, as the case may be, referred to in clauses (b) to (e) and (da), (db) and (dc)" shall be substituted;
 - (ii) for the word "collect", the words "obtain electronically or otherwise" shall be substituted;
 - (iii) for the word "extract", the word "certificate" shall be substituted;
- (f) in sub-rule (5), for the word "extract", the word "certificate" shall be substituted.
- 5. In rule 9 of the principal rules,
 - (a) in sub-rule (1), for the words "rupee two", the words "twenty rupees" shall be substituted;
 - (b) for sub-rules (2) and (3), the following sub-rules shall be substituted, namely:—
 - "(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 officer prescribed in this behalf and on payment of a late fee of 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 authorised by the District Magistrate, having jurisdiction over the area where the birth or death has taken place and on payment of a late fee of one hundred rupees.".
- 6. In rule 12 of the principal rules, after the words and figure "Forms No. 1", the figure and letter ",1A" shall be inserted.
- 7. In rule 13 of the principal rules,
 - (a) in sub-rule (1),-
 - (i) for the words "an extract", the words "a certificate of birth or death" shall be substituted;
 - (ii) for the words and figures "issued under section 17, shall be as follow", the words and figures "issued under section 17, electronically or otherwise, shall be as follows" shall be substituted;
 - (iii) for the word "Re.", the word "Rupees" shall be substituted;
 - (iv) for the figures "2.00", wherever it occurs, the figures "20.00" shall be substituted respectively;
 - (v) in clause (c),
 - (I) for the word "extract", the word "certificate" shall be substituted;
 - (II) for the figures "5.00", the figures "50.00" shall be substituted;
 - (b) in sub-rule (2), for the words "extract in regard to a birth or death shall be issued", the words and figures "certificate on the basis of extract from the register relating to birth or death shall be issued under section 17," shall be substituted;
 - (c) in sub-rule (4), for the word "extracts", the word "certificate" shall be substituted.
- 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 two hundred and fifty rupees for offences under sub-sections (1), (2) and (4), fifty rupees for offences under sub-section (3), and 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,
 - (a) in sub-rule (2), for the words and figures "court orders and orders of the specified authorities granting permission for delayed registration received under section 13 by the Registrar", the words, brackets and figures "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 be substituted;
 - (b) in sub-rule (3), for the words, brackets and figure "sub-section (3)", the words, brackets and figures "sub-sections (2) and (3)" shall be substituted.
- 11. In the principal rules, for the Forms 1, 1A, 2, 3, 4, 4A, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 and 13, the following Forms shall be substituted, namely:—

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI FORM NO.1 (See rule 5) BIRTH REPORT Legal information [SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS] This part to be added to the Birth Register

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI
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			To be filled by the informant
1.	Date of Birth:		10.	Town or Village of Residence of the mother (Place
2.	Sex(Enter "Male" or "Female" or "Transgender person"):			where the mother usually lives. This can be different from the place where the delivery occurred. Tick appropriate
3.	Child's Details (If not named, leave blank) :-			entry "Town" or "Village" and write its name):
(a)	Name, if any : First Name Middle Name Last Name			Town or Village: Sub-district: State or Union Territory:
(b)	Aadhaar No. (if available):			PIN Code:
4.	Father's Details:-		11.	For Religion [Enter appropriate religion "Hindu" or
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name		8333	Muslim" or "Christian" or "Sikh" or "Buddhist" or "Jain" or
(b)	Aadhaar No. (if available):		(a)	"Other" (Please specify)] Religion of Father:
(c) (d)	Mobile No:		(b)	Religion of Mother:
	Email Id:		1.01	
5. (a)	Mother's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name	gui	12.	Father's level of education:
(b)	Aadhaar No. (if available):	ess	13.	Mother's level of education:
(c)	Mobile No:	proc	14.	Father's Occupation:
(d)	Email Id:	<u>8</u>	15.	Mother's Occupation:
6.	Address of parents at the time of Birth of the Child: House No:	be detached and sent for statistical processing	100.00	1
U.	Locality: Ward number (in case of town and if available):	sta	16.	Age of the mother (in completed years) at the time of
	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:	for		marriage (If married more than once, age at first marriage is to be written):
	Permanent address of parents: House No:	ent	17.	Age of the mother (in completed years) at the time of
7.	Locality: Ward number (in case of town and if available):	pu s	17.	this birth :
	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:	da	18.	Number of children born alive to the mother so far
	\$500 DECEMBER 9470-276 98 PM DECEMBER 33 BENEFIT STORY THE BENEFIT SHOWS	che	10.	including this child (Number of children born alive to
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	leta		include also those from earlier marriage(s), if any):
	: 1.Hospital/ Institution Name :) ec	19.	Type of attention at delivery (Tick the appropriate entry below):
	2. House 3. Other place Address: House No:	101		
	Locality: Ward number (in case of town and if available):			Institutional-Government Institutional – Private or Non-Government
	Town or Village: Sub-district: District:			Doctor, Nurse or Trained Midwife Traditional Birth Attendant
	State or Union Territory: PIN Code:			Traditional Birth Attendant Relatives or others
9.	Informant's Details:		20.	Method of Delivery (Tick the appropriate entry below):
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name			1. Natural
(b)	Aadhaar No. (if available):			Caesarean Forceps/Vacuum
(c)	Mobile No:		1200020	o. Potopa Padami
(d)	Email Id: Address :House No:		21.	Birth Weight (in kgs.) (if available):
(e)	Locality: Ward number (in case of town and if available):		22.	Duration of pregnancy (in weeks):
	Town or Village: Sub-district: District:			
DECL	State or Union Territory: PIN Code: ARATION:			
□Iha	ve furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the penalties			
	section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) for submitting nformation. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial and Othe			/In the case of multiple higher fill in a congrete form for
	lies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aadhaar authentication			(In the case of multiple births, fill in a separate form for each child and write 'Twin birth' or 'Triple birth' etc., as
	completing all columns 1 to 22,			the case may be, in the remarks column in the box below left.)
inform	ant will put date and signature)			
Date	-8		(Colu	mns to be filled are over. Now put signature at left)
	left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar			To be filled by the Registrar
	To be miss by the Heyrottal			Name Code No.
	ration No. :			District
	ration Date: DD - MM - YYYYY ration Unit:		-	Sub-District
	Village:			Town/Village :
Sub-D			R	egistration Unit :
Distric	t		R	legistration No. :
Remai	ks (if any):		R	egistration Date: DD - MM - Y Y Y
			D	ate of Birth:
				ex : Male / Female / Transgender person
				lace of Birth: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other lace
Name	and Signature of the Registrar		N	ame and Signature of the Registrar
		+		

Instructions for completing the Form 1: BIRTH REPORT

Item No.		Instructions							
1	month in two written in full	digits and yyyy e.g 01-01-202	y is year in four digi 23 shall be written a	nm-yyyy format, where dd is ts. Wherever the date is wri is First January two thousan cording dates and other nume	tten in words it should be and twenty three. Use only				
2	Enter "Male" o	Enter "Male" or "Female" or "Transgender Person". Do not use abbreviation.							
3,4,5,9	full name (not	abbreviation) t	to be written in capit	format of [first name] [middl al letters and first name is m [middle name] or [last name]	andatory. There should be				
			nt name of the child. It on (Refer Rule 10 of	However, name of child can State Rules).	be inserted, free of charge,				
6,7,8,9				me of State or Union Territ ad if available), Locality, Hou					
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 Educa	ation – Write or	ne of following—						
	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					
	(Enter the com VI)	pleted level of	education e.g. if stud	lied upto class VII but passed	l only class VI, write class				
14, 15	Occupation - V	Vrite one of fol	lowing—						
	1. Cultiv	ator							
	2. Agric	ulture Laboure	r						
	3. Daily	Wages Earner(Other than Agricultu	re Labourer)					
	4. Single	e/Family Work	er/Self Employed						
	5. Emple	oyer							
	6. Gover	rnment Employ	ree						
	7. Privat	e Employee(O	ther than Domestic H	elper)					
	8. Dome	estic Helper							
	9. Non-	Worker							

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

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI FORM NO.1A (Legal information)(See rule 5) BIRTH REPORT FOR ADOPTED CHILD [SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS] This part to be added to the Birth Register

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI FORM NO.1A (Statistical information) (See rule 5) BIRTH REPORT FOR ADOPTED CHILD [SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS]

	This part to be added to the Birth Register			be detached and sent for statistical processing
	To be filled by the informant			To be filled by the informant
1*.	Date of Birth : D D - M M - Y Y Y Y		14.	For Religion [Enter appropriate religion "Hindu"
2*.	Sex(Enter "Male" or "Female" or "Transgender person"):			or Muslim" or "Christian" or "Sikh" or "Buddhist"
3.	Child's details (If name is changed on adoption, write new name):-			or "Jain" or "Other" (Please specify)]
(a)	Name of the Child First Name Middle Name Last Name			
(b)	Aadhaar No. (if available):		(a)	Religion of Adoptive Father:
4*.	Mother's Details (If known):-		50000	
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name		(b)	Religion of Adoptive Mother:
(b)	Aadhaar No. (if available):		1,000.000	
(c)	Mobile No:		15.	Adoptive Father's level of education:
(d)	Email ld:			
5*.	Father's Details(If known):-		16.	Adoptive Mother's level of education:
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name		10.	Adoptive Mother 3 level of education.
(b)	Aadhaar No. (if available):	0	17.	Adoptive Father's Occupation:
(c)	Mobile No:	Sin	17.	Adoptive Father's Occupation.
(d)	Email Id:	es		SARSON STATE STREET, STATE STATE STATE
6.	Details of adoption deed/order:-	8	18.	Adoptive Mother's Occupation:
(a)	Date: D D - M M - Y Y Y	<u>d</u>		
(b)	Number of Adoption deed / order.	sent for statistical processing		
7.	Adoptive Mother's Details:-	Itis		
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name	sta		
10000	Aadhaar No. (if available):	for		
(b)		Ħ		
(c) (d)	Mobile No: Email Id:	Se		
8.		and		
(a)	Adoptive Father's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name	Q		
00-00-00	State State Control	be detached		
(b)	Aadhaar No. (if available):	tac		
(c)	Mobile No:	de		
(d)	Email Id:			
9.	Address of adoptive parents as recorded in Adoption deed / order: House No:	2		
	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District:	- 55		
	State or Union Territory: PIN Code:			
10.	Permanent address of adoptive parents: House No: Locality: Ward			
0.025	number (in case of town and if available):			
	Town or Village: Sub-district: District:			
	State or Union Territory: PIN Code:			
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):			
	1.Hospital/ Institution Name :			
	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: District.			
12.	If adoption through agency write the address of the Adoption agency: House No:			
	Locality: Ward number (in case of town and if available):			
	Town or Village: Sub-district: District:			
	State or Union Territory: PIN Code:			
13.	Informant's Details:-			
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name			
(b)	Aadhaar No.(if available):			
(c)	Mobile No:			
(d)	Email ld:			
(e)	Address: House No: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District:			
	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:			
	*As contained in the original birth certificate.			
	ARATION: I have fumished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the			
	ies under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) for submitting			
	nformation. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial and Other Subsidies, benefits ervices) Act. 2016, for authenticating identity by way of Aadhaar authentication.			
100000000000000000000000000000000000000	completing all columns 1 to 18.			
	ant will put date and signature)			
Date	- 9	(0	columns t	o be filled are over. Now put signature at left)
	left thumb mark of the informant			T. I. C. II. II. D.
Regist	To be filled by the Registrar ration No. :	1		To be filled by the Registrar Name Code No.
			District	
	ration Date: D D - M M - Y Y Y Y Y ration Unit:		Sub-Dist	
	/ Village: Sub-District:		Town/Vill egistratio	
	0.5		egistratio	Service of the servic
Distric				
Rema	rks (if any):		ate of Birt	
		1		/ Female / Transgender person
			ace of Bi Other pl	th: 1. Hospital/Institution 2. House
		1	outer bi	
	12 / 28 2 N			
Name	and Signature of the Registrar	N	ame and	Signature of the Registrar

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	Level of Educ	ation – Write o	one of following—							
	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						
	(Enter the completed level of education e.g. if studied upto class VII but passed only class VI, write class VI)									
17,18	Occupation - Write one of following—									
	1. Cultivator									
	2. Agriculture Labourer									
	3. Daily Wages Earner(Other than Agriculture Labourer)									
	4. Single 5. Empl									
7. Private Employee(Other than Domestic Helper)										
		estic Helper								
	9. Non-Worker									
	<u> </u>									

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.

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI

FORM NO.2 (See rule 5)

DEATH REPORT

Legal information

[SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS]

This part to be added to the Death Register

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI

FORM NO.2 (See rule 5)

DEATH REPORT

Statistical information

[SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS]

This part to be detached and sent for statistical processing

	To be filled by the informant			To be filled by the informant
1.	Date of Death:		11.	Town or village of Residence of the deceased (Place
2.	Deceased's Details:-		1333.5	where the deceased usually lived. This can be different from
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name			the place where the death occurred. Tick appropriate entry "Town" or "Village" and write its name):
(b)	Aadhaar No. (if available):			Town or Village: Sub-district:
(c)	Date of Birth (if available):			District: State or Union Territory:
(d)	Age:			PIN Code:
3.	Sex(Enter "Male" or "Female" or "Transgender person"):		12.	Policion/ Enter engrapsista solicion "I lindu" or "Muslim" or
4.	Mother's Details:-		12.	Religion(Enter appropriate religion "Hindu" or "Muslim" or "Christian" or "Sikh" or "Buddhist" or "Jain" or "Other"
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name			(Please specify)):
(b)	Aadhaar No. (if available):			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
(c)	Mobile No:		13.	Occupation of the deceased:
(d)	Email Id:		1670	THE MARKET DATE OF CHILD HERE IN THE CONTRACTOR
5.	Father's Details:-	l g	14.	Type of Medical Attention received before death (Tick
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name	Sin		the appropriate entry below): 1. Institutional
	Aadhaar No. (if available):	Ses		Medical attention other than Institution
(b)	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	0.0		No Medical attention
(c)	Mobile No:	al p	15.	Was the cause of death medically certified? (Tick the
(d)	Email Id:	ţi		appropriate entry below):
6.	Spouse's (husband / wife) Details:-	sent for statistical processing		1. Yes 2. No
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name	Sts	16.	Name of Disease or Actual Cause of Death (For all
(b)	Aadhaar No.(if available):	for		deaths irrespective of whether medically certified or not):
(c)	Date of Birth (if available):	l ti		
(d)	Age (in completed years):	Se	17.	In case this is a female death, did the death occur while
(e)	Mobile No:	and		pregnant, at the time of delivery or within 6 weeks after the end of pregnancy (Tick the appropriate entry below):
(f)	Email Id:	DK		1. Yes 2. No
7.	Address of the deceased at the time of death: House No:	detached and		
800	Locality: Ward number (in case of town and if available):	stac		If used to habitually smoke –
	Town or Village: Sub-district: District:	de	18.	for how many years?
	State or Union Territory: PIN Code:	To be		If used to habitually chew tobacco in any form –
8.	Permanent address of the deceased: House No:	12	19.	for how many years?
	Locality: Ward number (in case of town and if available):			TP ASSESS FOR A STATE OF THE ST
	Town or Village: Sub-district: District:		20.	If used to habitually chew arecanut in any form (including pan masala) -
	State or Union Territory: PIN Code:		20.	for how many years?
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		21.	If used to habitually drink alcohol -
	place): 1.Hospital/ Institution Name:		21.	for how many years?
	2 House 2 Other place Address : House No.			
	Nother place Address: House No: Ward number (in case of town and if available):			
	Nother place Address: House No: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District:			
	Locality: Ward number (in case of town and if available):			
10.	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District:			
10. (a)	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:			
	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:-			
(a)	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:			
(a) (b) (c) (d)	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:			
(a) (b) (c)	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Last Name Mobile No: Last Name Email Id: Address: House No.:			
(a) (b) (c) (d)	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Aadhaar No. (if available): Informant's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name Addrass House No.: Locality: Ward number (in case of town and if available):			
(a) (b) (c) (d)	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:			
(a) (b) (c) (d) (e)	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: PIN Code:			
(a) (b) (c) (d) (e)	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:			
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:			
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finance	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:			
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Financ Aadha	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:			
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finant Aadha To availa	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:			
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Financ Aadha ☐ To availa (After	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:			
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finan Aadha	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: AAATION: I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am cof the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 23) for submitting false information, the detail of Aadhaar of the deceased is not bile. Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Sistematical Code and Deaths Act, 1969 (amended 23) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of cial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of fair authentication. The best of my knowledge and information, the detail of Aadhaar of the deceased is not bile. Completing all columns 1 to 21, mant will put date and signature)		n di una	to be filled are over. New put signature at Laff)
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Financ Aadha ☐ To availa (After	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Last Name Aadhaar No. (if available): Last Name Aadhaar No. (if available): Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: District: State or Union Territory: PIN Code: ARATION: I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 23) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of cial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of air authentication. the best of my knowledge and information, the detail of Aadhaar of the deceased is not ble. completing all columns 1 to 21, anant will put date and signature) ED D - M M - Y Y Y Signature or left thumb mark of the informant	(Co	olumns	to be filled are over. Now put signature at left) To be filled by the Registrar
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finane Aadha To availa (After inform Date	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: AAATION: I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am cof the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 23) for submitting false information, the detail of Aadhaar of the deceased is not bile. Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Sistematical Code and Deaths Act, 1969 (amended 23) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of cial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of fair authentication. The best of my knowledge and information, the detail of Aadhaar of the deceased is not bile. Completing all columns 1 to 21, mant will put date and signature)	(0.		To be filled by the Registrar Name Code No.
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finann Aadha To availa (After inform Date	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:	(Cc	Distr.	To be filled by the Registrar Name Code No.
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Financ Aadha	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:	(Cc	Distr Sub-	To be filled by the Registrar Name Code No.
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Financ Aadha	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:	(CC	Distr Sub- Tow	To be filled by the Registrar Name Code No. Code No. Code No. Code No.
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Financ Aadha (After inform Date Regist Regist Town	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:	(0.	Distr Sub- Tow	To be filled by the Registrar Name Code No.
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finand Aadha To availa (After inform Date Regist Regist Regist Town Sub-D	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:	(0.	Distr Sub- Tow Regist	To be filled by the Registrar Name Code No. Code No. Code No. Code No.
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finam Aadha Aadha To availa (After inform Date Regist Regist Regist Town Sub-D Districe	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Last Name Aadhaar No. (if available): Last Name Aadhaar No. (if available): Last 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: State or Union Territory: PIN Code: ARATION: In have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 23) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of cial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of an ar authentication. the best of my knowledge and information, the detail of Aadhaar of the deceased is not ble. completing all columns 1 to 21, land will put date and signature) To be filled by the Registrar tration No.: tration Date: T	(Cc	Distr Sub- Tow Regist Regist	To be filled by the Registrar Name Code No. Code No. Code
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finam Aadha Adha To availa (After inform Date Regist Regist Town Sub-D Distric Rema	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Last Name Aadhaar No. (if available): Last Name Aadhaar No. (if available): Last 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: State or	(CC	Distr Sub- Tow Regist Regist	To be filled by the Registrar Name Code No. District n/Village: tration Unit: tration Date: D D - M M - Y Y Y Y
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finam Aadha Adha To availa (After inform Date Regist Regist Town Sub-D Distric Rema	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Last Name Aadhaar No. (if available): Last Name Aadhaar No. (if available): Last 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: State or Union Territory: PIN Code: ARATION: In have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended 23) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of cial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of an ar authentication. the best of my knowledge and information, the detail of Aadhaar of the deceased is not ble. completing all columns 1 to 21, land will put date and signature) To be filled by the Registrar tration No.: tration Date: T	(Co	Distr Sub- Tow Regist Regist Regist	To be filled by the Registrar Name Code No. District n/Village: tration Unit: tration Date: D D - M M - Y Y Y Y
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finam Aadha Adha To availa (After inform Date Regist Regist Town Sub-D Distric Rema	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Last Name Aadhaar No. (if available): Last Name Aadhaar No. (if available): Last 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: State or	(CC	Distr Sub- Tow Regist Regist Regist Date o Sex:	To be filled by the Registrar Name
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finam Aadha Adha To availa (After inform Date Regist Regist Town Sub-D Distric Rema	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Last Name Aadhaar No. (if available): Last Name Aadhaar No. (if available): Last 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: State or	(CC	Distr Sub- Tow Regist Regist Regist Date o Sex:	To be filled by the Registrar Name Code No. District District Invillage: Itration Unit: Itration Date: D D - M M - Y Y Y Y Male / Female / Transgender person
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finam Aadha Adha To availa (After inform Date Regist Regist Town Sub-D Distric Rema	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Last Name Aadhaar No. (if available): Last Name Aadhaar No. (if available): Last 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: State or	(CC	Distr Sub- Tow Regist Regist Regist Date o Sex:	To be filled by the Registrar Name Code No. District Nillage: Intation Unit: Itration Date: D D - M M - Y Y Y Y Male / Female / Transgender person f deceased:
(a) (b) (c) (d) (e) DECL aware in 202 Finam Aadha Adha To availa (After inform Date Regist Regist Town Sub-D Distric Rema	Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: Last Name Aadhaar No. (if available): Last Name Aadhaar No. (if available): Last 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: State or	(0.	Distr Sub- Tow Regist Regist Regist Date o Sex : Age of Place	To be filled by the Registrar Name Code No. District Nillage: Intation Unit: Itration Date: D D - M M - Y Y Y Y Male / Female / Transgender person f deceased:

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.

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI 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

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI 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

1. Date of Birth:		To be filled by the informant				To be filled by the informant			
2. Satisfier's Nation of Transgender person'): 3. Father's Details: (a) Name: Institution of Mode Name	1.	Date of Birth:			7.				
3. Father's Details: (a) Name: Erst Name: Mode Name: Last Name: Last Name (b) Aadhaart (Gravalible): (c) Mobile No. (d) Email of Mode Name: Last Name: Mode Name: Last Name (d) Aadhaart (Gravalible): (e) Mobile No. (f) Email of Mode Name: Last Name: Mode Name: Last Name (h) Aadhaart (Gravalible): (e) Mobile No. (f) Email of Mode Name: Last Name (h) Aadhaart (Gravalible): (f) Email of Mode Name: Last Name (h) Aadhaart (Gravalible): (f) Email of Mode Name: Last Name (h) Aadhaart (Gravalible): (f) Name: Rept Name: Mode Name: Last Name (h) Aadhaart (Gravalible): (h) Name: Rept Name: Mode Name: Last Name (h) Aadhaart (Gravalible): (h) Name: Rept Name: Mode Name: Last Name (h) Aadhaart (Gravalible): (h) Name: Rept Name: Mode Name: Last Name (h) Aadhaart (Gravalible): (h) Aadhaart (Gravalible): (h) Name: Rept Name: Mode Name: Last Name (h) Aadhaart (Gravalible): (h) Aadhaart (Gravalible): (h) Name: Rept Name: Mode Name: Last Name (h) Aadhaart (Gravalible): (h) Name: Rept Name: Name: Name: Last Name (h) Aadhaart (Gravalible): (h) Name: Rept Name: Na	2	Sex(Enter "Male" or "Female" or "Transgender person"):							
Name: Ext Hame Bodde Hame Last Hamo						or "Village" and write its name):			
B) Audhaar No. (if available):		**************************************							
Columns to be filled and with properties and Services a									
Mother's Details: A Mother's Details:						27 (37 (37 (37 (37 (37 (37 (37 (37 (37 (3			
4. Mother's Details: (a) Name: Institutional Registration Name: Institutional Covernment Institutional Private of National Address: House No Chee place' where the birth took place': 1. Hospital / Institution Name: Institutional Registration Registration Name: Institutional Private of National Private of					8	Age of the mother (in completed years) at the time			
(a) Name: First Name Model Name Last Name Last Name Model Name Last Name Sadahaar No. (if available):	4	Mathar's Dataile			-				
Description		The second secon			546				
(d) Email of: Place of birth (Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address of the "Hospital / Institutional-Government took place): 1 Hospital / Institution Name: 2 House 3. Other place Address: House No. Locality: Ward number (in case of fown and if available): State or of hinon Territory: State or of hinon Territory: PIN Code Name: First Name Middle Name Last Name (b) Aachbaar No. (if available): Common No. (if available): Ward number (in case of town and if available): Town or Village: State or Union Territory: PIN Code I mail (ii) Address: House No: Locality: Town or Village: State or Union Territory: PIN Code I mail (iii) Address: House No: Locality: District: State or Union Territory: PIN Code I mail (iii) Address: House No: Locality: PIN Code I have furnished the information to the best of my browledge and belief. I am aware of the name and address of Studielies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aachaar authentication. Also, I give consent, under Aachaar (Targeted Delivery of Franciaci and Other Studielies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aachaar authentication. After completing also information of the best of my browledge and begind and with the properties of the search of the s					9.	Mother's level of education:			
Email Id: Emai		1	2	20	10.	Type of attention at delivery (Tick the appropriate entry			
Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: 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: Determine thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Date: Remarks (if any): Registration Date: Registration Da			, di			below):			
Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: 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: Determine thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Date: Remarks (if any): Registration Date: Registration Da	5	Place of hirth(Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address	ď	8					
Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: 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: Determine thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Date: Remarks (if any): Registration Date: Registration Da	•		2	1					
Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: 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: Determine thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Date: Remarks (if any): Registration Date: Registration Da			3						
Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: 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: Determine thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Date: Remarks (if any): Registration Date: Registration Da		AND THE PROPERTY AND ADMINISTRATION OF THE PROPERTY AND ADMINISTRATION ADMINISTRATION AND ADMINISTRATION ADMINISTRATION AND ADMINISTRATION AND ADMINISTRATION ADMINISTRATION AND ADMINISTRATION AND ADMINISTRATION AND ADMINISTRATION AND ADMINISTRATION AND ADMINIS	Hiet I			Relatives or others			
Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: 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: Determine thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Date: Remarks (if any): Registration Date: Registration Da			t	1					
Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: 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: Determine thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Date: Remarks (if any): Registration Date: Registration Da		Sub-district: District:	Į.		11.	Duration of pregnancy (in weeks):			
Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: 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: Determine thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Date: Remarks (if any): Registration Date: Registration Da		State or Union Territory: PIN Code:	Tue:		12.	Cause of foetal death (if known):			
Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: 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: Determine thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Date: Remarks (if any): Registration Date: Registration Da		Informant's Details:	900						
Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: 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: Determine thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Date: Remarks (if any): Registration Date: Registration Da	(a)		7	5					
Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: 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: Determine thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Date: Remarks (if any): Registration Date: Registration Da			ļ ģ						
Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: 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: Determine thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Date: Remarks (if any): Registration Date: Registration Da		\$550 mg (6.50 mg)	ta ta						
Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: 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: Determine thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Date: Remarks (if any): Registration Date: Registration Da	200 - 522		4						
State or Union Territory: DECLARATION: I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the penalities under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) for submitting false information. Also, I give consent, under Aachaar (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: Did Miliary Y Y Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar To be filled on the Registrar To be filled on the Registrar To be filled are over. Now put signature at left) Name Code No. District Sub-District District Registration Unit : Town/Village: Sub-District: District: Registration Date: Registration Unit : Registration Date: Registration Unit : Registration Unit : Registration Date: Registration Unit : Registration Date: Registration Unit : Registration Date: Registration Date: Registration Date: Registration Date: Registration Date: Registration Unit : Registration Date: Registration Date: Date of Birth: Leave of	24342	- 19 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18	-	5					
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: □ □ □ □ M M □ Y Y Y Y Y Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: District: Remarks (if any): Registration Unit: Registration Unit: Registration Unit: Registration Date: Registration Date: Registration Date: Registration Date: Registration Unit: Registration Unit: Registration Unit: Registration Unit: Registration Unit: Registration Date: Registration Date: Registration Date: Registration Unit: Registration Date: Date of Birth: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place Name and Signature of the Registrar			- -	8		(In the case of multiple hirths, fill in a senarate form for			
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: DDDMM-YYYY Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Village: Sub-District: District: Registration Unit: Registration Date: Registration Date: DD - M M - Y Y Y Y Date of Birth: DD - M M - Y Y Y Y Date of Birth: DD - M M - Y Y Y Y Date of Birth: DD - M M - Y Y Y Y Y Date of Birth: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place	DECL					each child and write 'Twin birth' or 'Triple birth' etc., as			
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: D D - M M - Y Y Y Y Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Village: Sub-District: Remarks (if any): Registration Date: D D M M - Y Y Y Y Y Sex: Male / Female / Transgender person Place of Birth: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place	☐ I ha	ve furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the							
way of Aadhaar authentication. (After completing all columns 1 to 12, informant will put date and signature) Date: DD - MM - YYYY Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: DD - MM - YYYYY Signature at left) District Sub-District Sub-District Remarks (if any): Registration Unit: Registration Unit: Registration Date: DD - MM - YYYYY Signature at left) Name Code No. District Sub-District Registration Unit: Registration Unit: Registration Unit: Registration Date: DD - MM - YYYYY Signature at left) Name and Signature of the Registrar	for su	omitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of							
After completing all columns 1 to 12, informant will put date and signature) Date: D D - M M - Y Y Y Y Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration No.: Registration Unit: Registrat									
Informant will put date and signature or Date: DD - MM - Y Y Y Y Signature or Ieft thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: District: Remarks (if any): Registration No.: Registration Unit: Registration Unit: Registration Unit: Registration Unit: Registration Date: DD - MM - Y Y Y Y Y Date of Birth: DD - MM - Y Y Y Y Y Date of Birth: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place	way U	Adultadi autrenication.							
Date: D D - M M - Y Y Y Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar To be filled by the Registrar Registration No. : Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: District: Remarks (if any): Registration Date: Registration Unit: Registration Unit: Registration Date: D D - M M - Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y									
To be filled by the Registrar Registration No.: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Unit: Registration Unit: Registration Unit: Registration Unit: Registration Unit: Registration Date: Registration Date: Registration Date: Registration Date: D D - M M - Y Y Y Y Date of Birth: D D - M M - Y Y Y Y Sex: Male / Female / Transgender person Place of Birth: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place			(Colun	nns to	be filled are over. Now put signature at left)			
Registration No. : Registration Date: Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Unit: Registration Unit: Registration Unit: Registration Date: Registration No. : Registration No. : Registration Date: D D - M M - Y Y Y Y Date of Birth: D D - M M - Y Y Y Y Sex: Male / Female / Transgender person Place of Birth: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place	9		_			T. L. C. H. W. D			
Registration No. : Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Unit: Registration Unit: Registration No. : Registration Date: District: Registration Date: District: Registration No. : Registration Date: District: Registration No. : Registration Date: District		To be filled by the Registrar	+	Т		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
Registration Date: Registration Unit: Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Unit: Registration Unit: Registration No.: Registration Date: District: Registration Date: District: Registration Date: District: Registration No.: Registration Date: District: Registration Date: District: Registration No.: Registration Date: District: Registration No.: Registration Date: District: Registration Date: District: Registration Unit: Registration No.: Registration Date: District: Registration No.: Registration Date: District: Registration Viii: Registration Date: District: Registration Unit: Registration No.: Registration Date: District: Registration Viii: Registration Date: District: Registration Viii: Registration No.: Registration Date: District: Registration Viii: Registration No.: Registration Date: District: Registration Viii: Registration Viii: Registration No.: Registration No.: Registration Date: District: Registration Viii: Registration No.: Registration Date: District: Registration Viii: Regi	Regist	ration No. :		1	District	VI-1010 0-10-10-10-10			
Town / Village: Sub-District: District: Remarks (if any): Registration Unit : Registration Date: Date of Birth: Date of Birth: Date of Birth: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place	Regist	ration Date: DDD-MMM-YYYY							
Sub-District: 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	200				130.000	9A-0700A			
District: Remarks (if any): Registration Unit : Registration No. : Registration Date: D D - M M - Y Y Y Y Date of Birth: Sex: Male / Female / Transgender person Place of Birth: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place					I OWII/	village .			
Remarks (if any): Registration No.: Registration Date: Date of Birth: Date of Birth: Date of Birth: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place				D-	aict-	tion Unit:			
Registration Date: DD - MM - Y Y Y Y Date of Birth: DD - MM - Y Y Y Y Sex: Male / Female / Transgender person Place of Birth: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place									
Date of Birth: DD - MM - YYYYY Sex: Male / Female / Transgender person Place of Birth: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place	kemarks (if any):								
Sex: Male / Female / Transgender person Place of Birth: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place Name and Signature of the Registrar					en Anne				
Place of Birth: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place Name and Signature of the Registrar									
Name and Signature of the Registrar									
Name and Signature of the Registrar Name and Signature of the Registrar				1-16	uce UI	Diran. 1. 110-spita//institution 2. 110use 3. Other place			
Name and Signature of the Registrar		16: 1 (II P : 1							
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Name	and signature of the Registrar		Na	ame ar	nd Signature of the Registrar			

Instructions for completing the Form 3: STILL BIRTH REPORT

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. Hospi	tal / Institution								
	2. House	2								
	3. Other	place								
	Give the name the birth took p		he "Ho	spital / Institut	tion" or the address	of the "Ho	use" or 'Other place" where			
7					where the mother u dress is not required		s. This can be different from red.			
9	Level of Educa	ntion – Write one	e of fol	lowing—						
	1.Pre- 6.Class 5 11.Class 10 16.Bachelor Undergraduate					/ 21. Literate withou formal education				
	2.Class 1	Class 1 7.Class 6 12.Class 11 17. PG Diploma				22. Illiterate				
	3.Class 2	3.Class 2 8.Class 7 13.Class 12 18. Master / Post gradu				graduate				
	4.Class 3 9.Class 8 14.ITI 19. M.Phil									
	5.Class 4 10.Class 9 15.Diploma / 20. Doctorate & above Certificate									
	(Enter the completed level of education e.g. if studied upto class VII but passed only class VI, wri									
12.	Cause of foetal	death – Write o	ne of f	ollowing—						
	1. Bleeding (Hamorrhage)		7. Diabetes in the mother 8. Infection in the mother Coxsackie virus		13. Infect Parvoviru	tion in the mother us B19			
	2. Problems v	vith Placental				14. Infection in the mother Q fever				
	4. Pre-eclampsia 10. Ir Lepto 5. Genetic physical defect in the 11. Ir			9. Infection i Herpes simple		15. Infection in the mother Rubella (German measles)				
				10. Infection in the mother Leptospirosis		16.Infection in the mother Flu				
				11. Infection in the mother Lyme disease		17. Infection in the mother Toxoplamosis				
6. Liver disorder in the mother (obstestriccholestas) 12. Infection in the mother Malaria 18. Not stated						tated				

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

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI

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

		whose particulars are	e given below died in the hos	 pital in Ward No					
Time On D D	- M M	- Y Y Y Y] at A.M. / P.M	1.					
NAME OF DECEASI	ED: First Nar	me Middle Name	Last Name		For use of				
Sex			Age at Death	Statistical Office					
	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					
 Male Female 									
3. Transgender person									
CAUSE OF DEA	TH			Interval	1				
I Immediate cause State the di complication w not the mode heart failure, as	hich caused of dying su	death, uch as	r as a consequences of)	between onset and death approx.					
Antecedent cause		(b)							
Morbid conditi rise to the ab underlying con	ove cause,		r as a consequences of)						
П		(c)							
Other signific	ant cond	ditions							
contributing to t related to the dis causing it									
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: DDD-MM-YYYYY									

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	ne deceased Shri/Smt.	/Km was under my treatment from	S	on /Wife/ Daughter ofand he/sl	resident
on DD - M	M - Y Y Y	Y at	A.M. / P.M.		
NAME OF DECEASED): First Name	Middle Name L	ast Name		
		A	ge at Death		For use of Statistical Office
Sex	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	For use of Statistical Office
Male Female Transgender Person					
I Immediate cause State the disease caused death, not failure, asthenia, e Antecedent cause	s, if any, giving rise erlying conditions las	due to (o ation which such as heart (b)	r as a consequences of)	Interval between onset and death approx.	
	ale, was pregnancy th	ne death associated with?	1. Yes 2. No Name and signature of vertical contents of the second		oner certifying the cause of death
g					
		SEE REV	ERSE FOR INSTRUCTION	IS	

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.



सं./ No.

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार GOVERNMENT OF NCT OF DELHI

State Govt. Emblem

.....विभाग/..(प्रमाणपत्र जारी करने वाले स्थानीय निकाय का नाम)...... DEPARTMENT OF....../ (Name of local bsody issuing certificate)



जन्म प्रमाण-पत्र BIRTH CERTIFICATE

(जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 12 / 17 तथा दिल्ली जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन) नियम, 2024 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 Delhi Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules 2024.

यह प्रमाणित											-										
जिला																					
This is to cer	tify tha	at the	follo	wing	j inform	atio	n has	beei	n ta	ake	n fro	om t	the c	origir	nal r	ecoi	rd of	f birt	h w	hich	is the
register for	(lo	cal	area	a/loca	al boo	ly)												of	5	Sub-d	istrict
		. of D	istric	zt				of S	tate	e/U	Inior	n ter	ritory	<i>/</i>							
नाम/Name:																					
लिंग/Sex																					
जन्म तिथि/Date	e of Bi	rth																			
जन्म स्थान/Plac	ce of B	irth																			
माता का नाम/N	lame o	f Mot	her.																		
माता का आधार	नं./Aad	dhaar	No.	of M	other:		3	x		x	x	x	x	x	x						
पिता का नाम/N	lame o	f Fath	er																		
पिता का आधार	नं./Aad	dhaar	No.	of Fa	ther:		,	v		v	v	v	v	v	v						
बच्चे के जन्म के स	ामय मा	ता-पित	ा का	पता/						मा	ता-पि	पेता व	का स्थ	ायी '	पता /	,					
Address of pa	arents	at the	tim	e of l	birth of t	he d	child:			Р	erma	aner	nt ad	dres	s of	par	ents	s:			
 पंजीकरण संख्या								पंजी					te of								
टिप्पणी/Rema जारी करने की वि	rks (if a	any)										•									

प्राधिकारी के हस्ताक्षर/Signature of the issuing authority प्राधिकारी का पता / Address of the issuing authority मोहर/**Seal**



सं./ No.

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार GOVERNMENT OF NCT OF DELHI

Form-6

प्रपत्र - 6

State Govt. Emblem

.....विभाग/..(प्रमाणपत्र जारी करने वाले स्थानीय निकाय 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 दिल्ली जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन) नियम 2024 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 Delhi Registration of Births and Deaths (Amendment) Rules 2024.

यह				10.70		म्नलिखित	11.00									0.00			(स्थानीय 	क्षेत्र
जिल	т																			
This	is to certi	fy that t	the follo	wing i	nforma	ation has	been ta	aken	from	the	orig	inal r	ecor	d of	death	whi	ch is	the	egister for	· (loca
area	/local bod	y)						. of S	ub-c	distri	ct				(of Di	stric	t		
of St	tate/Union	territor	у																	
नाम	Name:																			
मृतक	का आधार	नं./Aa	adhaar l	No. of	decea	sed :		x	x	x	x	x	x	x	x					
लिंग,	/Sex																			
मृत्यु	की तिथि/[Date of I	Death																	
मृत्यु	का स्थान/।	Place of	Death.																	
माता	का नाम/N	lame of	f Mothe	r																
माता	का आधार	नं. / Aa	dhaar l	No. of	Mothe	r:		x	x	x	x	x	x	x	x					
पिता	का नाम/N	lame of	Father	·																
पिता	का आधार	नं. / Aa	dhaar N	No. of	Father	:		x	х	x	x	х	x	x	x					
पति/	पत्नी का ना	म/ Nam	ne of Hu	usbano	d/Wife						57).	ni.	69 58	550		die.	100		70	
पति/	पत्नी का आ	धार नं.	/Aadha	ar No.	of Hu	sband/W	ife:	x	х	x	x	x	x	x	x		П			
Āddı	त का मृत्यु वे ress of the	decea	sed at t	the tim	e of de	eath:		Peri			addr		f the	dec	गता / easec	i:				
	करण संख्या						पंजीव	रण दि	नांक	/D	ate d	of Re	gistr	ation						
	णी/Remai करने कि वि								,	प्राधि	।कारी	के ब्र	स्ताथ	स्र∕ऽ	ionati	ıre c	of the	issu	ing authori	itv

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

मोहर/Seal

प्राधिकारी का पता / Address of the issuing authority

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:
2.	Sex (Enter "Male" or "Female" or "Transgender person"):
3.	Child's Details (If not named, leave blank):-
(a) (b)	Name, if any : First Name Middle Name Last Name
131	Aadhaar No. (if available):
4. (a)	Father's Details:- Name: First Name Middle Name Last Name
(b)	Aadhaar No. (if available):
(c)	Mobile No:
(d)	Email ld:
5.	Mother's Details:-
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name
(b)	Aadhaar No. (if available):
(c) (d)	Mobile No: Email Id:
6.	Address of parents at the time of Birth of the Child: House No:
0.	Locality: Ward number (in case of town and if available):
	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:
7.	2012 AND
1	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:
	Nother place Address :House No: Ward number (in case of town and if available):
	Town or Village: Sub-district: District:
9.	State or Union Territory: PIN Code: Informant's Details:
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name
(b)	Aadhaar No. (if available):
(c) (d)	Mobile No:
(e)	Address: House No:
7.05	Locality: Ward number (in case of town and if available):
	Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code:
DECLA	RATION:
69-09-	e fumished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the penalties
	section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) for submitting aformation. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial and Other
Subsidi	es, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aadhaar authentication.
	ompleting all columns 1 to 22, nt will put date and signature)
Date:	D D - M M - Y Y Y Y Signature or
E	left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar
	SCHOOL STATE OF THE SCHOOL
	ation No. :
	ation Date: D D - M M - Y Y Y Y Y Ation Unit:
Town /	Village:
Sub-Dis	
District:	
Kemark	ss (if any):
Name a	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:
2.	Deceased's Details:-
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name
(b)	Aadhaar No. (if available):
(c)	Date of Birth (if available):
(d)	Age:
3.	Sex(Enter "Male" or "Female" or "Transgender person"):
4.	Mother's Details:-
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name
(b)	Aadhaar No. (if available):
(c)	Mobile No:
(d)	Email Id:
5.	Father's Details:-
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name
(b)	Aadhaar No. (if available):
(c)	Mobile No:
(d)	Email Id:
6.	Spouse's (husband / wife) Details:
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name
(b)	Aadhaar No. (if available):
(c)	Date of Birth (if available):
(d)	Age (in completed years):
(e)	Mobile No:
(f)	Email Id:
7.	Address of the deceased at the time of death: 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.	Permanent address of the deceased: House No:
j	Locality: Ward number (in case of town and if available):
	Town or Village: Sub-district: District:
	State or Union Territory: 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 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:
10.	Informant's Details:-
(a)	Name: First Name Middle Name Last 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:
DECLA	ARATION: I have fumished true information to the best of my knowledge and belief. I am
aware o	of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in
	or submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial
	her Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aadhaar tication.
	he best of my knowledge and information, the detail of Aadhaar of the deceased is not available.
133-123	he best of my knowledge and information, the detail of Aadhaar of the deceased is not available.
	completing all columns 1 to 21,
	completing all columns 1 to 21, ant will put date and signature)
informa	completing all columns 1 to 21, ant will put date and signature)
informa Date:	completing all columns 1 to 21, and will put date and signature) DDD - MM - YYYY Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar
informa Date:	completing all columns 1 to 21, ant will put date and signature) D D - M M - Y Y Y Y Signature or Bft thumb mark of the informant
Date: Registra	completing all columns 1 to 21, and will put date and signature) DD - MM - Y Y Y Y Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar ation No.: ation Date: DD - MM - Y Y Y Y Y
Registra Registra Registra	completing all columns 1 to 21, and will put date and signature) DD D M M Y Y Y Y Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar ation No.: ation Date: DD D M M - Y Y Y Y Y A TO BE TO B
Registra Registra Registra	completing all columns 1 to 21, and will put date and signature) DD - MM - Y Y Y Y Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar ation No.: ation Date: DD - MM - Y Y Y Y Y
Registra Registra Registra Town /	completing all columns 1 to 21, and will put date and signature) DD D M M Y Y Y Y Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar ation No.: ation Date: DD D M M - Y Y Y Y Y A TO BE TO B
Registra Registra Registra Registra Town / T	completing all columns 1 to 21, and will put date and signature) DDD-MM-YYYY Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar ation No.: ation Date: DD-MM-YYYYY ation Unit: Village: Sub-District: District:
Registra Registra Registra Registra Town / T	completing all columns 1 to 21, and will put date and signature) D D - M M - Y Y Y Y Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar
Registra Registra Registra Registra Town / ' Remark Cause o	completing all columns 1 to 21, and will put date and signature) D D - M M - Y Y Y Y Signature or left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar

FORM NO.9

(See rule 12)

STILL BIRTH REGISTER

Legal information

This part to be added to the Still Birth Register

	To be filled by the informant
1.	Date of Birth: DDD-MM-YYYYY
2.	Sex(Enter "Male" or "Female" or "Transgender person"):
3.	Father's Details:-
(a)	Name: First Name Middle Name Last Name
(b)	Aadhaar No. (if available):
(c) (d)	Mobile No: Email Id:
4.	Mother's Details:-
(a)	Name: First Name Middle Name Last 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
	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:
6. (a)	Informant's Details: Name: First Name Middle Name Last Name
(b) (c) (d)	Aadhaar No. (if available): Mobile No: 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:
the Registra under Aadha identity by w	
Date: D	D - M M - Y Y Y Y Signature or
	left thumb mark of the informant To be filled by the Registrar
Registration	
Registration Registration	
Town / Villag	ge:
Sub-District:	
District:	
Remarks (if	any):
Name and S	ignature of the Registrar

(See rule 13)

NON-AVAILABILITY CERTIFICATE

(Issued under Sectio	n 17 of the	Registration	of Births &	Deaths Act.	1969	(amended in	202311

,	, e	cation of Births & Deaths Act, 1969 (a ade on the request of Shri/Smt./Kum	,,
son/wife/daughter	of	in the regis	stration records for the year(s)
	relating to (Local area)		of (Sub-District)
and found that th	e event relating to the birth/ was not registere	<i>trict)</i> of (death ofd.	son/daughter of
Date:	- m m - y y y y		
<u> </u>			Signature of issuing authority
			Seal
	GOVT. OF NATIONA	AL CAPITAL TERRITORY OF D	ELHI
	FOR	M No. 11 (See rule 14)	
		ONTHLY REPORT OF BIRTHS	
Report for	the Month of:		
2. District:			
3. Town/ Vil	lage.		
4. Registration			
9	Births Registered during the mor	ath:	
Male	Female	Transgender Person	Total*
(1)	(2)		(1+2+3)
(1)	(2)	(3)	(1+2+3)
6. Time Gap in B	irth registration:		
-	n Time limit (21 days) of their of	occurrence:	
	than 21 days but within 30 days		
	than 30 days but within one year		
	one year of their occurrence:	if of their occurrence.	
	- $b + c + d$):		
•	•	utistical part of Birth Report Forms (F	form No. 1) attached with this
monthly report.	id be equal to the number of sta	uistical part of birth Report Forms (F	orni No.1) attached with this
			Signature and Name
			of the Registrar
Date: d d	- m m - y y y y		
- u u	- m m - y y y y		

Submitted to the Chief Registrar/District Registrar

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI FORM No. 12(See rule 14) SUMMARY MONTHLY REPORT OF DEATHS

1.	Repor	t for the Mon	th of:			Year						
2.	Distri	ct:										
3.	Town	/ Village:										
4.	Regis	tration Unit:										
5.	Detail	s of Deaths R	Registere	d durii	ng the Mo	onth:						
		ng all Infant dea & Maternal Dea		Infan	ts Deaths (A	Age less than one	year)	Child		ge one year or mo n five years)	ore but	Maternal Deaths
Male	Female	Transgender Person	Total*	Male	Female	Transgender Person	Total	Male	Female	Transgender Person	Total	Deatils
6. Tin	-	Death regist Vithin Time li										
Note:	(b) M (c) M (d) A Total ³ Infant an	Nore than 21 of the fore than 30 of the fore year $(a + b + c + d)$ Child Deat	days but days but of their d): hs & Ma	within within occurr	30 days one year ence:	of their occur of their occu nould also be istical part of	rrence: include	ed in the		form No.2) at	tached ^s	with this
month	nly report					1		1	`	,		
										Sig		and Name
Date :	1	1		I I							or the	Registrar
Date.	d	d - m 1	n - y	УУ	У							
	Subi	mitted to the	Chief Re	gistrar	/District	Registrar						
		(FOR	L CAPITAL M No. 13 (Se THLY REPO	e rule i	<i>14</i>)				
1.	_	t for the Mon	ith of:			Year :						
2.	Distri											
3. 4.		/ Village:										
4. 5.	•	tration Unit: r of Still Birtl	he Ragie	torod d	luring the	month:						
<i>J</i> .	Male			nale			sgende	r Perso	m		Total*	
	(1)			2)		11411	(3)	I I CI SC	,11		1+2+3)	
6.	(a) V(b) M(c) M(d) A		imit (21 days but days but of their	days) o within within	30 days one year	ecurrence: of their occur of their occu						
* this m	Total onthly re	-	ual to th	e numl	per of sta	tistical part o	f Still E	Birth Re	eport For	ms (Form No	.3) atta	ched with
	j	•								Sig		and Name Registrar
Date :												

Submitted to the Chief Registrar/District Registrar

Form No. 14 (See rule 9)

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

DECLARATION

,son/d			,resident	of of
I am the informant for the delayed reporting deceased)son/daughter/spouse o				child /
2. He / she was born / died on(date of birth / deadeath);	nth)		at (place of	f birth /
3. He / she was attended at birth /death by	who re	esides at	;	
4. The reason(s) for the delay in repo	rting of his	/ her	birth /deat	h are
5. His / her birth / death certificate is required for the purpose of the purpose	e not reported the	above event	to any Registrai	r and no
		8		
			Name and Sign	nature or
		thun	nb mark of the ir	nformant
	Date	D D -	M M - Y	YYY

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	t of Event Le	eading to appea	l with date and o	order no. et	c.	
(Provide a	detailed acco	ount of the occur	rence, use attachr	nents, if neo	cessary)	
DECLAR	ATION:					
☐ I have fu	rnished true	information to the	he best of my kno	wledge 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 and in the Name of the Lt. Governor of the National Capital Territory of Delhi,

GANESH SINGH RAWAT, Director & Chief Registrar (Births & Deaths)