

भारत सरकार
GOVERNMENT OF INDIA

सत्यमेव जयते

दिल्ली राजपत्र
Delhi Gazetteएस.जी.-डी.एल.-अ.-23102024-258175
SG-DL-E-23102024-258175असाधारण
EXTRAORDINARYप्राधिकार से प्रकाशित
PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 257]	दिल्ली, मंगलवार, अक्टूबर 15, 2024/आश्विन 23, 1946	[रा.रा.क्षे.दि. सं. 219
No. 257]	DELHI, TUESDAY, OCTOBER 15, 2024/ASHVINA 23, 1946	[N. C. T. D. No. 219

भाग IV
PART IVराष्ट्रीय राजधानी राज्य क्षेत्र दिल्ली सरकार
GOVERNMENT OF THE NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHIअर्थ एवं सांख्यिकी निदेशालय
तथामुख्य पंजीकार (जन्म एवं मृत्यु) कार्यालय
अधिसूचना

दिल्ली, 11 अक्टूबर, 2024

सं. फा. एफ.4(43)/जीवनांक/असनि/2024/5773.—जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण 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 रजिस्ट्रीकरण नियम, 1999 का संशोधन करने के लिए जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण (संशोधन)नियम, 2024 बनाते हैं, अर्थात्:-

- (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 संक्षेपाक्षर अंतर्विष्ट नहीं होंगे।

(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 व्यौरे का उद्धरण” शब्दों के स्थान पर “उद्धृत जन्म या मृत्यु प्रमाणपत्र” शब्द रखे जाएंगे ;

(ii) “सूचना देने वाले प्रविष्टियों का व्यौरा व्यक्तियों के” शब्दों के स्थान पर, “सूचना देने वाले व्यक्तियों को इलैक्ट्रॉनिक 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 रजिस्ट्रार 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 रजिस्ट्रार से इलैक्ट्रॉनिक रूप से या अन्यथा, जन्म या मृत्यु का प्रमाणपत्र प्राप्त कर सकेंगे।”;

(घ) उपनियम (3) में,-

(i) “उपलब्ध करायेगा” शब्दों के स्थान पर, “इलैक्ट्रॉनिक रूप से या अन्यथा उपलब्ध करायेगा” शब्द रखे जाएंगे;

(ii) “उद्धरण” शब्द के स्थान पर, “प्रमाणपत्र” शब्द रखा जाएगा;

(iii) “नजदीकी रिश्तेदार” शब्दों के पश्चात्, “या उसकी अनुपस्थिति में उपस्थित सबसे बड़ा वयस्क व्यक्ति” शब्द अंतःस्थापित किए जाएंगे;

(ङ) उपनियम (4) में, -

(i) “खंड (ख) से (ङ) तक संस्थाओं में 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 “इलैक्ट्रॉनिकी 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, रजिस्ट्रार को दी जाए वह केवल जिला रजिस्ट्रार 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 इलैक्ट्रॉनिकी रूप से या अन्यथा प्रस्तुत करने पर रजिस्ट्रीकृत 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 “इलैक्ट्रॉनिकी 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 हजार रुपए से अनधिक 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 अनुमति 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
फॉर्म संख्या 1
 (नियम 5 देखें)
जन्म प्रतिवेदन
विधिक सूचनाएं
 [निर्देशों 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
 [निर्देशों के लिए पिछला भाग देखें]
 इस हिस्से को अलग करके सांख्यिकीय प्रसंस्करण के लिए भेजा जाए

सूचनाएँ द्वारा भरा जाए

1. **जन्म तिथि :**

2. लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रान्सजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें) :

3. **बच्चे का विवरण (यदि नाम नहीं है तो खाली छोड़ दें) :-**

(क) नाम (यदि कोई हो) :

(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :

4. **पिता का विवरण:-**

(क) नाम :

(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो) :

(ग) मोबाइल नं. :

(घ) ई-मेल आईडी:

5. **माता का विवरण:-**

(क) नाम:

(ख) आधार संख्या(यदि उपलब्ध हो) :

(ग) मोबाइल नं. :

(घ) ई-मेल आईडी:

6. **बच्चे के जन्म के समय 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:

7. **माता-पिता 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. **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 जहाँ जन्म हुआ):**
 1. अस्पताल/संस्थान नाम :
 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:

9. **सूचनादाता का विवरण:**

(क) नाम:

(ख) आधार संख्या(यदि उपलब्ध हो) :

(ग) मोबाइल नं. :

(घ) ईमेल आईडी:

(ङ) 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:

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 बारे में जानता हूँ। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से पहचान प्रमाणित करने के लिए आधार (वित्तीय और अन्य मन्मिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत सहमति देता हूँ।
 (कॉलम 1 से 22 को पूरा करने के बाद, सूचना देने वाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेंगा)

अलग किया जाए और सांख्यिकीय प्रसंस्करण के लिए भेजा

सूचनाएँ द्वारा भरा जाए

10. **माता के निवास का शहर या गाँव (वह स्थान जहाँ माता प्रायः रहती है। यह उस स्थान से भिन्न हो सकता है जहाँ जन्म हुआ हो, उचित प्रविष्टि "शहर" या "गाँव" पर निशान लगाएं और उसका नाम लिखें):**
 शहर या गाँव:
 उप-जिला:
 जिला: राज्य या केंद्र शासित प्रदेश:
 पिन कोड:

11. **धर्म के लिए [उचित धर्म "हिन्दू" या "मुस्लिम" या "ईसाई" या "सिख" या "बौद्ध" या "जैन" या "अन्य" दर्ज करें (कृपया निर्दिष्ट करें)]**

(क) पिता का धर्म:

(ख) माता का धर्म:

12. पिता की शिक्षा का स्तर:

13. माता की शिक्षा का स्तर:

14. पिता का व्यवसाय:

15. माता का व्यवसाय :

16. विवाह के समय माता की आयु (पूर्ण वर्षों में) (यदि एक से अधिक बार विवाह हुआ हो तो प्रथम विवाह के समय की आयु लिखी जाए।)
 17. माता की आयु (पूर्ण वर्षों में) इस जन्म के समय:

18. इन बच्चे सहित माता के जीवित पैदा हुए बच्चों की संख्या: (जीवित पैदा हुए बच्चों की संख्या में पहले विवाह से जन्म बच्चे को भी शामिल किया जाये (यदि कोई हो))

19. बच्चे के जन्म के समय सहायक (निम्न में से किसी एक पर सही निशान लगाएं):

1. संस्थागत-सरकारी
2. संस्थागत - निजी या गैर सरकारी
3. डॉक्टर, नर्स या प्रशिक्षित सहायक
4. जन्म के समय परम्परागत सहायक रिजतदार या अन्य

20. जन्म की विधि (निम्न में से किसी एक पर सही का निशान लगाएं):

1. प्राकृतिक
2. ऑपरेशन द्वारा
3. फोरोसोप/विक्यूम

21. जन्म के समय वजन (कि.ग्रा. में) (यदि उपलब्ध हो):

22. गर्भधारण की अवधि (सप्ताह में) :

(एक से अधिक जन्म के मामले में, प्रत्येक बच्चे के लिए एक अलग फॉर्म भरें और वार्ड और नीचे दिए गए बॉक्स में टिप्पणी कॉलम में, जैसी भी स्थिति हो, 'जुड़वा जन्म' या 'तीन जन्म' आदि लिखें।)

दिनांक :

सूचनादाता के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान
 पंजीकार द्वारा भरा जाये

पंजीकरण संख्या :

पंजीकरण तिथि :

पंजीकरण इकाई :

शहर/गाँव :

उप जिला :

जिला :

टिप्पणी (यदि कोई हो) :

पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर

(भरे जाने वाले कॉलम समाप्त हो गए हैं। अब वार्ड और हस्ताक्षर करें)

पंजीकार द्वारा भरा जाये

जिला	नाम	कोड संख्या
उप जिला		
शहर/गाँव:		

पंजीकरण इकाई :

पंजीकरण संख्या :

पंजीकरण तिथि:

जन्म तिथि :

लिंग : पुरुष/महिला/ट्रान्सजेंडर व्यक्ति
 जन्म स्थान: 1. अस्पताल/संस्थान 2. घर 3. अन्य स्थान

पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर

फॉर्म 1 : जन्म प्रतिवेदन भरने के लिए निर्देश

विषय संख्या	निर्देश																									
1	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 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 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।																									
2	"पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें। संक्षिप्तीकरण का प्रयोग न करें।																									
3,4,5,9	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। यदि बच्चे का नाम नहीं है तो खाली छोड़ दें। बच्चे के नाम के बिना भी जन्म का पंजीकरण कराया जा सकता है। हालाँकि, पंजीकरण के 12 महीने के भीतर बच्चे का नाम निःशुल्क डाला जा सकता है (राज्य नियमों के नियम 10 देखें)।																									
6,7,8,9	पता, जहां कहीं भी हो, उसमें राज्य या केंद्र शासित प्रदेश, जिला, उप-जिला, शहर या गांव, वार्ड नंबर (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो), मोहल्ला, मकान नं और पिन कोड शामिल होगा।																									
8	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।																									
10	माता के निवास का शहर या 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।																									
12,13	शिक्षा का स्तर – निम्नलिखित में से एक लिखें — <table border="1"> <tr> <td>1. पूर्व-प्राथमिक</td> <td>6. कक्षा 5</td> <td>11. कक्षा 10</td> <td>16. स्नातक/पूर्व-स्नातक</td> <td>21. औपचारिक शिक्षा के बिना साक्षर</td> </tr> <tr> <td>2. कक्षा 1</td> <td>7. कक्षा 6</td> <td>12. कक्षा 11</td> <td>17. पीजी डिप्लोमा</td> <td>22. निरक्षर</td> </tr> <tr> <td>3. कक्षा 2</td> <td>8. कक्षा 7</td> <td>13. कक्षा 12</td> <td>18. मास्टर / स्नातकोत्तर</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. कक्षा 3</td> <td>9. कक्षा 8</td> <td>14. आईटीआई</td> <td>19. एम.फिल</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. कक्षा 4</td> <td>10. कक्षा 9</td> <td>15. डिप्लोमा/प्रमाणपत्र</td> <td>20. डॉक्टरेट और उससे ऊपर</td> <td></td> </tr> </table> (शिक्षा का पूर्ण स्तर लिखें, उदाहरण के लिए यदि सातवीं कक्षा तक पढ़ाई की है, लेकिन केवल छठी कक्षा उत्तीर्ण की है, तो छठी कक्षा लिखें)	1. पूर्व-प्राथमिक	6. कक्षा 5	11. कक्षा 10	16. स्नातक/पूर्व-स्नातक	21. औपचारिक शिक्षा के 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. डिप्लोमा/प्रमाणपत्र	20. डॉक्टरेट और उससे ऊपर	
1. पूर्व-प्राथमिक	6. कक्षा 5	11. कक्षा 10	16. स्नातक/पूर्व-स्नातक	21. औपचारिक शिक्षा के 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. डिप्लोमा/प्रमाणपत्र	20. डॉक्टरेट और उससे ऊपर																							
14, 15	व्यवसाय - निम्नलिखित में से एक लिखें- <ol style="list-style-type: none"> कृषक खेतिहर मजदूर दैनिक वेतन भोगी (खेतिहर मजदूर के अलावा) एकल/पारिवारिक श्रमिक/स्वरोजगार नियोक्ता सरकारी कर्मचारी निजी कर्मचारी (घरेलू सहायक के अलावा) घरेलू सहायक गैर-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 (बिधिक सूचनाएं) (नियम 5 देखें)
दत्तक बच्चे का जन्म सूचना प्रतिवेदन
[निर्देशों के लिए पिछला भाग देखें]
यह भाग जन्म रजिस्टर में जोड़ा जाए

सूचनाएँ द्वारा भरा जाए

1*. जन्म तिथि:

2*. लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रान्सजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें):

3. बच्चे का विवरण (यदि दत्तक ग्रहण करने पर नाम बदला गया हो, तो नया नाम लिखें):
(क) बच्चे का नाम:

(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):

4*. माता का विवरण (यदि ज्ञात हो):
(क) नाम:

(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):

(ग) मोबाइल नं.:

(घ) ईमेल आईडी:

5*. पिता का विवरण (यदि ज्ञात हो):
(क) नाम:

(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):

(ग) मोबाइल नं.:

(घ) ईमेल आईडी:

6. दत्तक ग्रहण विलेख/आदेश का विवरण:
(क) दिनांक:

(ख) दत्तक ग्रहण विलेख/आदेश की संख्या:

7. दत्तक माता का विवरण:
(क) नाम:

(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):

(ग) मोबाइल नं.:

(घ) ईमेल आईडी:

8. दत्तक पिता का विवरण:
(क) नाम:

(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):

(ग) मोबाइल नं.:

(घ) 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:
राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:

11*. 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 जहाँ जन्म हुआ था):
1. अस्पताल/संस्थान नाम: 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:

12. यदि एजेंसी के माध्यम से गोद लिया गया है तो दत्तक ग्रहण एजेंसी का पता लिखें: 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:

13. सूचनादाता का विवरण:
(क) नाम:

(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):

(ग) मोबाइल नं.:

(घ) ईमेल आईडी:

(ङ) 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:

* जैसा कि मूल जन्म प्रमाण पत्र में निहित है

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 बारे में जानता हूँ। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से पंजीकरण प्रमाणित करने के लिए आधार (वितीय और अन्य सत्यापन, नाप और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत सहमति देता हूँ।

(कॉलम 1 से 18 तक पूरा करने के बाद, सूचना देने वाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेगा)

दिनांक:

सूचनादाता के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान

पंजीकरण संख्या:

पंजीकरण तिथि:

पंजीकरण इकाई:

शहर/गाँव: उप-जिला:

ज़िला:

टिप्पणी (यदि कोई हो):

पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार
फॉर्म संख्या 1क (सांख्यिकीय सूचनाएं) (नियम 5 देखें)
दत्तक बच्चे का जन्म सूचना प्रतिवेदन
[निर्देशों के लिए पिछला भाग देखें]
इस हिस्से को अलग करके सांख्यिकीय प्रसंस्करण के लिए भेजा जाए

सूचनाएँ द्वारा भरा जाए

14. धर्म के लिए [उचित धर्म "हिंदू" या "मुस्लिम" या "ईसाई" या "सिख" या "बौद्ध" या "जैन" या "अन्य" दर्ज करें (कृपया निर्दिष्ट करें)]:

(क) दत्तक पिता का धर्म:

(ख) दत्तक माता का धर्म:

15. दत्तक पिता की शिक्षा का स्तर:

16. दत्तक माता की शिक्षा का स्तर:

17. दत्तक पिता का व्यवसाय:

18. दत्तक माता का व्यवसाय:

अलग किया जाए और सांख्यिकीय प्रसंस्करण के लिए भेजा जाए

(भरे जाने वाले कॉलम समाप्त हो गए हैं। अब बाईं ओर हस्ताक्षर करें)

पंजीकार द्वारा भरा जाए

नाम	कोड संख्या
जिला	
उप जिला	
शहर/गाँव:	

पंजीकरण इकाई: पंजीकरण संख्या:

पंजीकरण तिथि:

व्यक्ति:

लिंग: पुरुष / महिला / ट्रान्सजेंडर व्यक्ति

जन्म स्थान: 1. अस्पताल / संस्थान 2. घर 3. अन्य स्थान

पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर

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

विषय संख्या	निर्देश																									
1, 6	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 है और yyyy चार अंकों में वर्ष है जहां भी दिनांक शब्दों में लिखी गई है। पूरा लिखा जाना चाहिए जैसे 01-01-2023 को एक जनवरी दो हजार तेईस लिखा जाएगा। यदि जन्म तिथि अज्ञात है, तो गोद लेने के आदेश या विलेख, जैसा भी मामला हो, में दर्शाई गई जन्म तिथि दर्ज करें। 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।																									
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	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- <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1. पूर्व-प्राथमिक</td> <td>6. कक्षा 5</td> <td>11. कक्षा 10</td> <td>16. स्नातक/पूर्व-स्नातक</td> <td>21. औपचारिक शिक्षा के बिना साक्षर</td> </tr> <tr> <td>2. कक्षा 1</td> <td>7. कक्षा 6</td> <td>12. कक्षा 11</td> <td>17. पीजी डिप्लोमा</td> <td>22. निरक्षर</td> </tr> <tr> <td>3. कक्षा 2</td> <td>8. कक्षा 7</td> <td>13. कक्षा 12</td> <td>18. मास्टर/स्नातकोत्तर</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. कक्षा 3</td> <td>9. कक्षा 8</td> <td>14. आईटीआई</td> <td>19. एम.फिल</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. कक्षा 4</td> <td>10. कक्षा 9</td> <td>15. डिप्लोमा/प्रमाणपत्र</td> <td>20. डॉक्टरेट और उससे ऊपर</td> <td></td> </tr> </table> (शिक्षा का पूरा स्तर दर्ज करें, उदाहरण के लिए यदि सातवीं कक्षा तक पढ़ाई की है, लेकिन केवल छठी कक्षा उत्तीर्ण की है, तो छठी कक्षा लिखें)	1. पूर्व-प्राथमिक	6. कक्षा 5	11. कक्षा 10	16. स्नातक/पूर्व-स्नातक	21. औपचारिक शिक्षा के 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. डिप्लोमा/प्रमाणपत्र	20. डॉक्टरेट और उससे ऊपर	
1. पूर्व-प्राथमिक	6. कक्षा 5	11. कक्षा 10	16. स्नातक/पूर्व-स्नातक	21. औपचारिक शिक्षा के 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. डिप्लोमा/प्रमाणपत्र	20. डॉक्टरेट और उससे ऊपर																							
17,18	व्यवसाय - निम्नलिखित में से एक लिखें- <ol style="list-style-type: none"> 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 वालों 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 पिछला भाग देखें]
यह भाग मृत्यु रजिस्टर में जोड़ा जाए

सूचनाएँ द्वारा भरा जाए

1. मृत्यु तिथि:

2. मृतक का विवरण:-
(क) नाम:
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(ग) जन्म तिथि (यदि उपलब्ध हो):
(घ) आयु:
(ङ) लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें):

3. माता का विवरण:-
(क) नाम:
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(ग) मोबाइल नं.:
(घ) ईमेल आईडी:

4. पिता का विवरण:-
(क) नाम:
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(ग) मोबाइल नं.:
(घ) ईमेल आईडी:

5. जीवनसाथी (पति/पत्नी) का विवरण:-
(क) नाम:
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(ग) जन्म तिथि (यदि उपलब्ध हो):
(घ) मोबाइल नं.:
(ङ) आयु (पूर्ण वर्षों में):
(च) ईमेल आईडी:

7. मृत्यु के समय मृतक 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:

8. 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:

9. मृत्यु का स्थान (निम्न में से 1 या 2 या 3 पर सही का निशान लगाएँ और "अस्पताल / संस्थान" का नाम और पता या "घर" या "अन्य स्थान" का पता दें जहाँ मृत्यु हुई थी):
1. अस्पताल/संस्थान नाम:
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:

10. सूचनादाता का विवरण:-
(क) नाम:
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(ग) मोबाइल नं.:
(घ) ईमेल आईडी:
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:

घोषणा: मैं अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सच्ची जानकारी प्रदान की हूँ। 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 हूँ। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से पदचान प्रमाणित करने के लिए आधार (विनीय और अन्य सशुद्ध, माप और सेवाओं का वित्तित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत सहमति देता हूँ।
 जहाँ तक मेरा ज्ञान और जानकारी है, मृतक के आधार का विवरण उपलब्ध नहीं है।
(कॉलम 1 से 21 को पूरा करने के बाद, सूचना देने वाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेंगा)

दिनांक: सूचनादाता के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का निशान

पंजीकार द्वारा भरा जाए

पंजीकरण संख्या:
पंजीकरण तिथि:
पंजीकरण इकाई:
शहर/ गाँव:
उप-जिला:
जिला:
टिप्पणी (यदि कोई हो):
मृत्यु का कारण (फॉर्म 4/4क के अनुसार):

पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार
फॉर्म संख्या 2 (नियम 5 देखें)
मृत्यु प्रतिवेदन
सांख्यिकीय सूचनाएं
[निर्देशों के लिए पिछला भाग देखें]
इस हिस्से को अलग करके सांख्यिकीय प्रसंस्करण के लिए भेजा जाए

सूचनाएँ द्वारा भरा जाए

11. मृतक के निवास का शहर या गाँव (वह स्थान जहाँ मृतक प्रायः रहता था। यह उस स्थान से भिन्न हो सकता है जहाँ मृत्यु हुई थी। उचित प्रविष्टि "शहर" या "गाँव" पर निशान लगाएँ और उसका नाम लिखें):
शहर या गाँव: उप-जिला:
जिला: राज्य या केंद्र शासित प्रदेश:
पिन कोड:

12. धर्म (उचित धर्म "हिंदू" या "मुस्लिम" या "ईसाई" या "सिख" या "बौद्ध" या "जैन" या "अन्य" दर्ज करें (कृपया निर्दिष्ट करें)):

13. मृतक का व्यवसाय:

14. मृत्यु से पहले प्राप्त चिकित्सा देखभाल का प्रकार (नीचे उपयुक्त प्रविष्टि पर निशान लगाएँ):
1. संस्थान
2. संस्थान के अलावा अन्य चिकित्सा सहायता
3. कोई चिकित्सा सहायता नहीं

15. क्या मृत्यु का कारण चिकित्सकीय रूप से प्रमाणित था? (नीचे उपयुक्त प्रविष्टि पर निशान लगाएँ):
1. हाँ 2. नहीं

16. बीमारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण (सभी मृत्यु के लिए चार्ज वे चिकित्सकीय रूप से प्रमाणित हों या नहीं):

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 लगाएँ)
1. हाँ 2. नहीं

18. यदि धूम्रपान का आदी था तो कितने वर्षों से?

19. यदि किसी भी रूप में तम्बाकू चबाने का आदी था तो कितने वर्षों से?

20. यदि सुपारी (पान मसाला को सम्मिलित करते हुए) चबाने का आदी था तो कितने वर्षों से?

21. यदि शराब पीने का आदी था तो कितने वर्षों से?

(भरे जाने वाले कॉलम समाप्त हो गए हैं। अब बाईं ओर हस्ताक्षर करें)

पंजीकार द्वारा भरा जाए

जिला:	नाम	कोड संख्या
उप-जिला:		
शहर/ गाँव:		

पंजीकरण इकाई:
पंजीकरण संख्या:
पंजीकरण तिथि:

मृत्यु तिथि:
लिंग: पुरुष/महिला/ट्रांसजेंडर व्यक्ति
मृतक की आयु:
मृत्यु का स्थान: 1. अस्पताल/संस्थान 2. घर 3. अन्य स्थान

पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर

फॉर्म 2: मृत्यु प्रतिवेदन भरने के लिए निर्देश

विषय संख्या	निर्देश
1	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 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 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।
2,4,5,6,10	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।
3	"पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें। संक्षिप्तीकरण का प्रयोग न करें।
2(घ)	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 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।
7,8,9,10	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।
9	मृत्यु के 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 मृत्यु हुई हो।
11	मृतक के निवास का शहर या गाँव: वह स्थान जहाँ मृतक प्रायः रहता था। यह उस स्थान से भिन्न हो सकता है जहाँ मृत्यु हुई है। घर का पता दर्ज करने की आवश्यकता नहीं है।
13	व्यवसाय - निम्नलिखित में से कोई 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: 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 पिछला भाग देखें]
 यह भाग मृत जन्म रजिस्टर में जोड़ा जाएगा

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार
फॉर्म संख्या 3
(नियम 5 देखें)
मृत जन्म प्रतिवेदन
सांख्यिकीय सूचनाएं
[निर्देशों के लिए पिछला भाग देखें]
 इस हिस्से को अलग करके सांख्यिकीय प्रसंस्करण के लिए भेजा जाएगा

<p><i>सूचनार्थी द्वारा भरा जाए</i></p> <p>1. जन्म तिथि: <input type="text" value="DD - MM - YYYY"/></p> <p>2. लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रान्सजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें):</p> <p>3. पिता का विवरण:-</p> <p>(क) नाम: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/></p> <p>(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो): <input type="text"/></p> <p>(ग) मोबाइल नं.: <input type="text"/></p> <p>(घ) ईमेल आईडी:</p> <p>4. माता का विवरण:-</p> <p>(क) नाम: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/></p> <p>(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो): <input type="text"/></p> <p>(ग) मोबाइल नं.: <input type="text"/></p> <p>(घ) ईमेल आईडी:</p> <p>5. 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):</p> <p>1. अस्पताल/संस्थान नाम:</p> <p>2. घर 3. अन्य स्थान पता: मकान नं. मोहल्ला:</p> <p>वाई संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): शहर या गाँव:</p> <p>उप जिला: जिला:</p> <p>राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड: <input type="text"/></p> <p>6. सूचनादाता का विवरण:</p> <p>(क) नाम: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/></p> <p>(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो): <input type="text"/></p> <p>(ग) मोबाइल नं.: <input type="text"/></p> <p>(घ) ईमेल आईडी:</p> <p>(ङ) पता: मकान नंबर: मोहल्ला: वाई संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): शहर या गाँव: उप जिला: जिला: राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड: <input type="text"/></p> <p>घोषणा:</p> <p><input type="checkbox"/> 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 हूँ। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से पहचान प्रमाणित करने के लिए आधार (वित्तीय और अन्य मस्मिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत सहमति देता हूँ।</p> <p>(कॉलम 7 से 12 तक पूरा करने के बाद, सूचना देने वाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेंगा)</p> <p>दिनांक: <input type="text" value="DD - MM - YYYY"/></p> <p>सूचनादाता के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान</p>	<p><i>सूचनार्थी द्वारा भरा जाए</i></p> <p>7. माता का निवास का शहर या गाँव (वह स्थान जहाँ माता प्रायः रहती है। यह उस स्थान से भिन्न हो सकता है जहाँ जन्म हुआ हो। उचित प्रविष्टि "शहर" या "गाँव" पर निशान लगाएं और उसका नाम लिखें):</p> <p>शहर या गाँव: उप जिला:</p> <p>जिला: राज्य या केंद्र शासित प्रदेश:</p> <p>पिन कोड: <input type="text"/></p> <p>8. माता की आयु (पूर्ण वर्षों में) इस जन्म के समय:</p> <p>9. माता की शिक्षा का स्तर:</p> <p>10. बच्चे के जन्म के समय सहायक (निम्न में से किसी एक पर सही का निशान लगायें):</p> <p>1. संस्थागत-सरकारी</p> <p>2. संस्थागत - निजी अथवा गैर सरकारी</p> <p>3. डॉक्टर, नर्स या प्रशिक्षित दाई</p> <p>4. पारंपरिक जन्म परिचर</p> <p>5. रिश्तेदार या अन्य</p> <p>11. गर्भधारण की अवधि (सप्ताह में):</p> <p>12. भ्रूण की मृत्यु का कारण (यदि ज्ञात हो):</p> <p>(एक से अधिक जन्म के मामले में, प्रत्येक बच्चे के लिए एक अलग फॉर्म भरें और वाई और नीचे दिए गए बॉक्स में टिप्पणी कॉलम में, जैसी भी स्थिति हो, 'जुड़वां जन्म' या 'तीन जन्म' आदि लिखें।)</p>								
<p>(भरे जाने वाले कॉलम समाप्त हो गए हैं। अब बाईं ओर हस्ताक्षर करें)</p>									
<p>पंजीकार द्वारा भरा जाए</p>	<p>पंजीकार द्वारा भरा जाए</p>								
<p>पंजीकरण संख्या:</p> <p>पंजीकरण तिथि: <input type="text" value="DD - MM - YYYY"/></p> <p>पंजीकरण इकाई:</p> <p>शहर/गाँव:</p> <p>उप जिला:</p> <p>जिला:</p> <p>टिप्पणी (यदि कोई हो):</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>नाम</th> <th>कोड संख्या</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>जिला:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>उप जिला:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>शहर/गाँव:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>पंजीकरण इकाई:</p> <p>पंजीकरण संख्या:</p> <p>पंजीकरण तिथि: <input type="text" value="DD - MM - YYYY"/></p> <p>जन्म तिथि: <input type="text" value="DD - MM - YYYY"/></p> <p>लिंग: पुरुष/महिला/ट्रान्सजेंडर व्यक्ति</p> <p>जन्म स्थान: 1. अस्पताल/संस्थान 2. घर 3. अन्य स्थान</p>	नाम	कोड संख्या	जिला:		उप जिला:		शहर/गाँव:	
नाम	कोड संख्या								
जिला:									
उप जिला:									
शहर/गाँव:									
<p>पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर</p>	<p>पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर</p>								

फॉर्म 3: मृत जन्म प्रतिवेदन भरने के लिए निर्देश

विषय संख्या	निर्देश																									
1	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 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 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।																									
2	"पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें। संक्षिप्तीकरण का प्रयोग न करें।																									
3,4,6	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।																									
5,6	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, घर का नंबर और पिन कोड शामिल होगा।																									
5	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 हो।																									
7	माँ के निवास का शहर या गाँव: वह स्थान जहाँ माता प्रायः रहती है। यह उस स्थान से भिन्न हो सकता है जहाँ जन्म हुआ हो। घर का पता लिखा जाना आवश्यक नहीं है।																									
9	शिक्षा का स्तर - निम्नलिखित में से एक लिखें- <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1. पूर्व-प्राथमिक</td> <td>6. कक्षा 5</td> <td>11. कक्षा 10</td> <td>16. स्नातक/ पूर्वस्नातक</td> <td>21. औपचारिक शिक्षा के बिना साक्षर</td> </tr> <tr> <td>2. कक्षा 1</td> <td>7. कक्षा 6</td> <td>12. कक्षा 11</td> <td>17. पीजी</td> <td>22. निरक्षर</td> </tr> <tr> <td>3. कक्षा 2</td> <td>8. कक्षा 7</td> <td>13. कक्षा 12</td> <td>18. मास्टर / स्नातकोत्तर</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. कक्षा 3</td> <td>9. कक्षा 8</td> <td>14. आईटीआई</td> <td>19. एम.फिल</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. कक्षा 4</td> <td>10. कक्षा 9</td> <td>15. डिप्लोमा/प्रमाणपत्र</td> <td>20. डॉक्टरेट और उससे ऊपर</td> <td></td> </tr> </table> (शिक्षा का पूर्ण स्तर लिखें, उदाहरण के लिए यदि सातवीं कक्षा तक पढ़ाई की है, लेकिन केवल छठी कक्षा उत्तीर्ण की है, तो छठी कक्षा लिखें)	1. पूर्व-प्राथमिक	6. कक्षा 5	11. कक्षा 10	16. स्नातक/ पूर्वस्नातक	21. औपचारिक शिक्षा के बिना साक्षर	2. कक्षा 1	7. कक्षा 6	12. कक्षा 11	17. पीजी	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	20. डॉक्टरेट और उससे ऊपर	
1. पूर्व-प्राथमिक	6. कक्षा 5	11. कक्षा 10	16. स्नातक/ पूर्वस्नातक	21. औपचारिक शिक्षा के बिना साक्षर																						
2. कक्षा 1	7. कक्षा 6	12. कक्षा 11	17. पीजी	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	20. डॉक्टरेट और उससे ऊपर																							
12.	भ्रूण की मृत्यु का कारण - निम्नलिखित में से कोई एक लिखें - <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1. रक्तस्राव (रक्तस्राव)</td> <td>7. माँ को मधुमेह</td> <td>13. माँ में पार्वोवायरस B19 संक्रमण</td> </tr> <tr> <td>2. प्लेसेंटल की समस्या</td> <td>8. माँ में काँक्ससेकी वायरस संक्रमण</td> <td>14. माँ में Q बुखार संक्रमण</td> </tr> <tr> <td>3. गर्भनाल की समस्या</td> <td>9. माँ में हरपीज सिम्प्लेक्स संक्रमण</td> <td>15. माता में रूबेला (जर्मन खसरा) संक्रमण</td> </tr> <tr> <td>4. प्री-एक्लेमप्सिया</td> <td>10. माँ में लेप्टोस्पायरोसिस संक्रमण</td> <td>16. माँ में फ्लू संक्रमण</td> </tr> <tr> <td>5. शिशु में आनुवंशिक शारीरिक दोष</td> <td>11. माँ में लाइम रोग संक्रमण</td> <td>17. माँ में टोकसोप्लामोसिस संक्रमण</td> </tr> <tr> <td>6. माँ में लीवर विकार (ऑब्स्टेट्रिककोलेस्टास)</td> <td>12. माँ को मलेरिया का संक्रमण</td> <td>18. नहीं बताया गया</td> </tr> </table>	1. रक्तस्राव (रक्तस्राव)	7. माँ को मधुमेह	13. माँ में पार्वोवायरस B19 संक्रमण	2. प्लेसेंटल की समस्या	8. माँ में काँक्ससेकी वायरस संक्रमण	14. माँ में Q बुखार संक्रमण	3. गर्भनाल की समस्या	9. माँ में हरपीज सिम्प्लेक्स संक्रमण	15. माता में रूबेला (जर्मन खसरा) संक्रमण	4. प्री-एक्लेमप्सिया	10. माँ में लेप्टोस्पायरोसिस संक्रमण	16. माँ में फ्लू संक्रमण	5. शिशु में आनुवंशिक शारीरिक दोष	11. माँ में लाइम रोग संक्रमण	17. माँ में टोकसोप्लामोसिस संक्रमण	6. माँ में लीवर विकार (ऑब्स्टेट्रिककोलेस्टास)	12. माँ को मलेरिया का संक्रमण	18. नहीं बताया गया							
1. रक्तस्राव (रक्तस्राव)	7. माँ को मधुमेह	13. माँ में पार्वोवायरस B19 संक्रमण																								
2. प्लेसेंटल की समस्या	8. माँ में काँक्ससेकी वायरस संक्रमण	14. माँ में Q बुखार संक्रमण																								
3. गर्भनाल की समस्या	9. माँ में हरपीज सिम्प्लेक्स संक्रमण	15. माता में रूबेला (जर्मन खसरा) संक्रमण																								
4. प्री-एक्लेमप्सिया	10. माँ में लेप्टोस्पायरोसिस संक्रमण	16. माँ में फ्लू संक्रमण																								
5. शिशु में आनुवंशिक शारीरिक दोष	11. माँ में लाइम रोग संक्रमण	17. माँ में टोकसोप्लामोसिस संक्रमण																								
6. माँ में लीवर विकार (ऑब्स्टेट्रिककोलेस्टास)	12. माँ को मलेरिया का संक्रमण	18. नहीं बताया गया																								

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 जन्मों 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

अस्पताल का नाम

मैं एतद्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि उस व्यक्ति जिसकी प्रविष्टियाँ नीचे दी गयी हैं, की मृत्यु दिनांक

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

को... बजे पूर्वाह्न/अपराह्न, अस्पताल के वार्ड संख्या में हुई।

मृतक का नाम:		First Name	Middle Name	Last Name	सांख्यिकीय कार्यालय के उपयोग के लिए
लिंग	मृत्यु के समय आयु				
	यदि आयु 1 वर्ष या अधिक, वर्षों में	यदि आयु 1 वर्ष से कम, महीनों में	यदि आयु एक महीने से कम, दिनों में	यदि आयु एक दिन से कम, घंटों में	
1. पुरुष 2. महिला 3. ट्रांसजेंडर व्यक्ति					
मृत्यु का कारण					मृत्यु तथा बीमारी की शुरुआत के बीच का अनुमानित अंतराल
I मुख्य कारण: बहु बीमारी, चोट या जटिलता बताएं जिसके कारण मृत्यु हुई, न कि मरने का तरीका जैसे कि हृदय गति रुकना, कमजोरी आदि।		(क)			
पूर्ववृत्त कारण मृत्यु के उक्त कारण के लिए, यदि कोई पुरानी बीमारी हो तो बताये।		(ख)			
II मृत्यु का अन्य कोई महत्वपूर्ण कारण जिसका उस बीमारी या हालात से कोई सम्बन्ध नहीं हो जिसके कारण मृत्यु हुई हो।		(ग)			

मृत्यु का तरीका

चोट कैसे लगी?

1. प्राकृतिक 2. दुर्घटना 3. आत्महत्या 4. हत्या 5. लंबित जांच

यदि मृतक महिला थी, तो क्या मृत्यु का कारण गर्भावस्था से सम्बंधित था? 1. हाँ 2. नहीं

यदि हाँ, तो क्या कोई बच्चा हुआ था? 1. हाँ 2. नहीं

मृत्यु के कारण को प्रमाणित करने वाले चिकित्सा परिचायक का नाम और हस्ताक्षर

प्रमाणित करने की दिनांक

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

निर्देशों के लिए पीछे देखें

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, हृदय वेरी-वेरी आदि मृत्यु के पर्याप्त कारण हैं और और इतना ही लिखना पर्याप्त है।

प्रायः मृत्यु के समय मृतक में अन्य कई बीमारियां पायी जाती हैं 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 लिखें। 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 हैं, न की मृत्यु का कारण। दूसरा यह देखें 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 करें। कभी कभी मृत्यु के कारण की तीन अवस्थाएं होती हैं। यदि ऐसा हो तो लाइन (ग) में दर्ज करें। सारणीबद्ध किये जाने वाले मूल कारण को हमेशा भाग I के अंत में लिखें।

शारीरिक अस्वस्थता या अभिघात भी हो सकते हैं, जिनका मृत्यु से सीधा सम्बन्ध नहीं हो परन्तु ये भी मृत्यु के कारणों में से एक कारण हो सकते हैं। 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 II 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 दें। 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 लिखें। उदाहरण के लिए (क) हाइपोस्टैटिक निमोनिया (ख) गर्दन की हड्डी टूटना (ग) घर में सीढ़ी से गिरना।

मातृ मृत्यु: गर्भावस्था और प्रसव सम्बन्धी प्रश्नों 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 ब्रॉकाइटिस, (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 लिखें। 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 फुफ्फुसजनय (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।

लक्षणिक 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 वधा 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 जन्मों 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 प्रमाणित करता/करती हूँ कि श्री/श्रीमती/ कुमारीपुत्र/पत्नी/पुत्री.....

निवासी दिनांक..... से तक मेरी चिकित्सा में

था /थी और उसकी मृत्यु दिनांक

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

 को बजे पूर्वाह्न/अपराह्न हुई ।

मृतक का नाम:	First Name	Middle Name	Last Name	सांख्यिकीय कार्यालय के उपयोग के लिए		
लिंग	मृत्यु के समय आयु					
	यदि आयु 1 वर्ष या अधिक, वर्षों में	यदि आयु 1 वर्ष से कम, महीनों में	यदि आयु एक महीने से कम, दिनों में	यदि आयु एक दिन से कम, घंटों में		
1. पुरुष 2. महिला 3. ट्रांसजेंडर व्यक्ति						
मृत्यु का कारण					मृत्यु तथा बीमारी की शुरुआत के बीच का अनुमानित अंतराल	
I मुख्य कारण: वह बीमारी, चोट या जटिलता बताएं जिसके कारण मृत्यु हुई, न कि मरने का तरीका जैसे कि हृदय गति रुकना, कमजोरी आदि।		(क)		कारण (या परिणाम स्वरूप)		
पूर्ववृत्त कारण मृत्यु के उक्त कारण के लिए, यदि कोई पुरानी बीमारी हो तो बताये।		(ख)				
II मृत्यु का अन्य कोई महत्वपूर्ण कारण जिसका उस बीमारी या हालात से कोई सम्बन्ध नहीं हो जिसके कारण मृत्यु हुई हो।		(ग)				

यदि मृतक महिला थी, तो क्या मृत्यु का कारण गर्भावस्था से सम्बंधित था? 1. हाँ 2. नहीं
यदि हाँ, तो क्या कोई बच्चा हुआ था? 1. हाँ 2. नहीं

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

प्रमाणित करने की दिनांक

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

निर्देशों के लिए पीछे देखें

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, हृदय बेरी-बेरी आदि मृत्यु के पर्याप्त कारण हैं और और इतना ही लिखना पर्याप्त है।

प्रायः मृत्यु के समय मृतक में अन्य कई बीमारियाँ पायी जाती हैं 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 लिखें। 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 हैं, न की मृत्यु का कारण। दूसरा यह देखें 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 करें। कभी कभी मृत्यु के कारण की तीन अवस्थाएं होती हैं। यदि ऐसा हो तो लाइन (ग) में दर्ज करें। सारणीबद्ध किये जाने वाले मूल कारण को हमेशा भाग I के अंत में लिखें।

शारीरिक अस्वस्थता या अभिघात भी हो सकते हैं, जिनका मृत्यु से सीधा सम्बन्ध नहीं हो परन्तु ये भी मृत्यु के कारणों में से एक कारण हो सकते हैं। 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 II 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 दें। 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 लिखें। उदाहरण के लिए (क) हाइपोस्टैटिक निमोनिया (ख) गर्दन की हड्डी टूटना (ग) घर में सीढ़ी से गिरना।

मातृ मृत्यु: गर्भावस्था और प्रसव सम्बन्धी प्रश्नों 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 ब्रॉकाइटिस, (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 लिखें। नियोप्लाज्म - बतायें कि ये सुदृश्य है या दुर्दृश्य 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 फुफ्फुसजनय (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।

लक्षिक 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.

State
Govt.
Emblemराष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार
GOVERNMENT OF NCT OF DELHI.....विभाग/..(प्रमाणपत्र जारी करने वाले स्थानीय निकाय का नाम).....
DEPARTMENT OF...../ (Name of local body issuing certificate)

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

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

नाम/Name:

लिंग/Sex.....

जन्म तिथि/Date of Birth.....

जन्म स्थान/Place of Birth.....

माता का नाम/Name of Mother.....

माता का आधार नं./Aadhaar No.of Mother :

x	x	x	x	x	x	x	x				
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

पिता का नाम/Name of Father.....

पिता का आधार नं./Aadhaar No.of Father :

v	v	v	v	v	v	v	v				
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

बच्चे के जन्म के समय माता-पिता का पता/
Address of parents at the time of birth of the child:.....
.....
.....माता-पिता का स्थायी पता /
Permanent address of parents:.....
.....
.....

पंजीकरण संख्या/Registration No. :.....

पंजीकरण दिनांक/Date of Registration.....

टिप्पणी/Remarks (if any).....

जारी करने की तिथि /Date of issue:.....

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

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



सं./ No.

State
Govt.
Emblemराष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार
GOVERNMENT OF NCT OF DELHI.....विभाग/..(प्रमाणपत्र जारी करने वाले स्थानीय निकाय का नाम).....
DEPARTMENT OF...../ (Name of local body issuing certificate)

प्रपत्र - 6

Form-6

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 जाता है कि निम्नलिखित सूचना मृत्यु के मूल लेख से ली गई है जो कि (स्थानीय क्षेत्र) उप-जिला

जिला राज्य के रजिस्टर में उल्लिखित है ।

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

नाम/Name:

मृतक का आधार नं. / Aadhaar No. of deceased :

x	x	x	x	x	x	x	x	x						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

लिंग/Sex.....

मृत्यु की तिथि/Date of Death.....

मृत्यु का स्थान/Place of Death.....

माता का नाम/Name of Mother.....

माता का आधार नं. / Aadhaar No. of Mother :

x	x	x	x	x	x	x	x	x						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

पिता का नाम/Name of Father.....

पिता का आधार नं. / Aadhaar No. of Father :

x	x	x	x	x	x	x	x	x						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

पति/पत्नी का नाम/ Name of Husband/Wife

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

x	x	x	x	x	x	x	x	x						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

मृतक का मृत्यु के समय का पता/
Address of the deceased at the time of death:.....
.....मृतक का स्थायी पता /
Permanent address of the deceased:.....
.....

पंजीकरण संख्या/Registration No :

पंजीकरण दिनांक /Date of Registration.....

टिप्पणी/Remarks (if any).....

जारी करने की तिथि /Date of issue :

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

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

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																																																																																																																																																
1.	जन्म की तिथि <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>-</td><td>M</td><td>M</td><td>-</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr></table>	D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y																																																																																																																																					
D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y																																																																																																																																							
2.	लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें) :																																																																																																																																															
3.	बच्चे का विवरण (यदि नाम नहीं है तो खाली छोड़ दें) :-																																																																																																																																															
(क)	नाम, यदि कोई हो: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>First Name</td><td>Middle Name</td><td>Last Name</td></tr></table>	First Name	Middle Name	Last Name																																																																																																																																												
First Name	Middle Name	Last Name																																																																																																																																														
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो): <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																																																																																																															
4.	पिता का विवरण:-																																																																																																																																															
(क)	नाम: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>First Name</td><td>Middle Name</td><td>Last Name</td></tr></table>	First Name	Middle Name	Last Name																																																																																																																																												
First Name	Middle Name	Last Name																																																																																																																																														
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो): <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																																																																																																															
(ग)	मोबाइल नं. : <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																																																																																																															
(घ)	ईमेल आईडी :																																																																																																																																															
5.	माता का विवरण:-																																																																																																																																															
(क)	नाम: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>First Name</td><td>Middle Name</td><td>Last Name</td></tr></table>	First Name	Middle Name	Last Name																																																																																																																																												
First Name	Middle Name	Last Name																																																																																																																																														
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो): <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																																																																																																															
(ग)	मोबाइल नं. : <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																																																																																																															
(घ)	ईमेल आईडी:																																																																																																																																															
6.	बच्चे के जन्म के समय माता-पिता का पता: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>मकान नं. :</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>मोहल्ला :</td><td>वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>शहर या गाँव:</td><td>उप-जिला:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>राज्य या केंद्र शासित प्रदेश:</td><td>जिला:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>पिन कोड :</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	मकान नं. :																				मोहल्ला :	वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):																			शहर या गाँव:	उप-जिला:																			राज्य या केंद्र शासित प्रदेश:	जिला:																				पिन कोड :																																																													
मकान नं. :																																																																																																																																																
मोहल्ला :	वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):																																																																																																																																															
शहर या गाँव:	उप-जिला:																																																																																																																																															
राज्य या केंद्र शासित प्रदेश:	जिला:																																																																																																																																															
	पिन कोड :																																																																																																																																															
7.	माता-पिता का स्थायी पता: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>मकान नं.:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>मोहल्ला :</td><td>वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>शहर या गाँव</td><td>उप-जिला:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>राज्य या केंद्र शासित प्रदेश:</td><td>जिला:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>पिन कोड:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	मकान नं.:																				मोहल्ला :	वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):																			शहर या गाँव	उप-जिला:																			राज्य या केंद्र शासित प्रदेश:	जिला:																				पिन कोड:																																																													
मकान नं.:																																																																																																																																																
मोहल्ला :	वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):																																																																																																																																															
शहर या गाँव	उप-जिला:																																																																																																																																															
राज्य या केंद्र शासित प्रदेश:	जिला:																																																																																																																																															
	पिन कोड:																																																																																																																																															
8.	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 जहाँ जन्म हुआ था): 1. अस्पताल/संस्थान नाम: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 2. घर 3. अन्य स्थान पता : मकान नं. : <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> मोहल्ला : वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो): <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> शहर या गाँव: उप-जिला: जिला: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																																																																																																															
9.	सूचनादाता का विवरण: (क) नाम: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>First Name</td><td>Middle Name</td><td>Last Name</td></tr></table> (ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो): <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (ग) मोबाइल नं.: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (घ) ईमेल आईडी: (ङ) पता: मकान नं. : <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>मोहल्ला :</td><td>वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>शहर या गाँव:</td><td>उप-जिला:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>राज्य या केंद्र शासित प्रदेश:</td><td>जिला:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>पिन कोड:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	First Name	Middle Name	Last Name																																																													मोहल्ला :	वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):																			शहर या गाँव:	उप-जिला:																			राज्य या केंद्र शासित प्रदेश:	जिला:																				पिन कोड:																		
First Name	Middle Name	Last Name																																																																																																																																														
मोहल्ला :	वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):																																																																																																																																															
शहर या गाँव:	उप-जिला:																																																																																																																																															
राज्य या केंद्र शासित प्रदेश:	जिला:																																																																																																																																															
	पिन कोड:																																																																																																																																															
घोषणा: <input type="checkbox"/> 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 हूँ। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से पहचान प्रमाणित करने के लिए आधार (वितीय और अन्य सविस्ती, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत सहमति देता हूँ। (कॉलम 1 से 22 को पूरा करने के बाद, सूचना देने वाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेगा)																																																																																																																																																
दिनांक: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>-</td><td>M</td><td>M</td><td>-</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr></table>	D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y	सूचनादाता के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का निशान																																																																																																																																					
D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y																																																																																																																																							
पंजीकार द्वारा भरा जाए																																																																																																																																																
पंजीकरण संख्या :																																																																																																																																																
पंजीकरण तिथि: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>-</td><td>M</td><td>M</td><td>-</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr></table>	D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y																																																																																																																																						
D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y																																																																																																																																							
पंजीकरण इकाई:																																																																																																																																																
शहर/ गाँव :																																																																																																																																																
उप जिला :																																																																																																																																																
ज़िला :																																																																																																																																																
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

सूचनाएँ द्वारा भरा जाए

1. मृत्यु तिथि:

2. मृतक का विवरण:-
(क) नाम:
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(ग) जन्म तिथि (यदि उपलब्ध हो):
(घ) आयु :
लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें) :

3. माता का विवरण:-
(क) नाम:
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(घ) मोबाइल नं.:
(ग) ईमेल आईडी:
(घ) पिता का विवरण:-
(क) नाम:
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(घ) मोबाइल नं.:
(ग) ईमेल आईडी:
(घ) जीवनसाथी (पति/पत्नी) का विवरण:-
(क) नाम:
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(क) जन्म तिथि (यदि उपलब्ध हो):
(ख) आयु (पूर्ण वर्षों में):
(घ) मोबाइल नं.:
(ग) ईमेल आईडी:
(घ) मृत्यु के समय मृतक का पता: मकान नं. :
(ङ) मोहल्ला: वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):
शहर या गाँव: उप-जिला: जिला:
(च) राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:
मृतक का स्थायी पता: मकान नं. :
(ङ) मोहल्ला: वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):
शहर या गाँव: उप-जिला: जिला:
राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:
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 "घर" या "अन्य स्थान" का पता दें जहाँ मृत्यु हुई थी):
1. अस्पताल/संस्थान नाम: मकान नं. :
2. घर: 3. अन्य स्थान पता: मकान नं. :
(ङ) 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:-
(क) नाम:
(ख) आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो):
(घ) मोबाइल नं. :
(क) ईमेल आईडी:
(ख) पता: मकान नं. :
(घ) मोहल्ला वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):
(ग) शहर या गाँव: उप-जिला: जिला:
(घ) राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड:
(ङ)
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 दायरे में जानता हूँ। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से पहचान प्रमाणित करने के लिए आधार (वितीय और अन्य सक्सिडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत सहमति देता हूँ।
 जहाँ तक मेरा ज्ञान और जानकारी है, मृतक के आधार का विवरण उपलब्ध नहीं है।
(सभी कॉलम 1 से 21 को पूरा करने के बाद, सूचना देने वाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेगा)

दिनांक:

सूचनादाता के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान
पंजीकार द्वारा भरा जाए

पंजीकरण संख्या :
पंजीकरण तिथि :
पंजीकरण इकाई :
शहर/गाँव : उप-जिला : जिला :
टिप्पणी (यदि कोई हो) :
मृत्यु का कारण (फॉर्म 4/4क के अनुसार) :
पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार

फॉर्म संख्या 9

(नियम 12 देखें)

मृत जन्म रजिस्टर

विधिक सूचनाएँ

इस भाग को मृत जन्म रजिस्टर में जोड़ा जाए

सूचनार्थी द्वारा भरा जाए	
1.	जन्म तिथि: <input type="text" value="D D - M M - Y Y Y Y"/>
2.	लिंग ("पुरुष" या "महिला" या "ट्रांसजेंडर व्यक्ति" दर्ज करें) :
3.	पिता का विवरण:-
(क)	नाम: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/>
(ख)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो): <input type="text"/>
(ग)	मोबाइल नं.: <input type="text"/>
	ईमेल आईडी:
(घ)	माता का विवरण:-
4.	नाम: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/>
(क)	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो): <input type="text"/>
(ख)	मोबाइल नं.: <input type="text"/>
(ग)	ईमेल आईडी:
(घ)	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 जहाँ जन्म हुआ था):
5.	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: <input type="text"/>
	सूचनादाता का विवरण:
	नाम: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/>
6.	आधार संख्या (यदि उपलब्ध हो): <input type="text"/>
(क)	मोबाइल नं.: <input type="text"/>
(ख)	ईमेल आईडी:
(ग)	पता : मकान नं.
(घ)	मोहल्ला: वार्ड संख्या (शहर के मामले में, यदि उपलब्ध हो):
(ङ)	शहर या गाँव: उप-जिला: जिला:
	राज्य या केंद्र शासित प्रदेश: पिन कोड: <input type="text"/>
घोषणा:	
<input type="checkbox"/> 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 हूँ। इसके अलावा, मैं आधार प्रमाणीकरण के माध्यम से पहचान प्रमाणित करने के लिए आधार (वित्तीय और अन्य सविमडी, लाभ और सेवाओं का लक्षित वितरण) अधिनियम, 2016 के तहत सहमति देता हूँ।	
(कॉलम 1 से 12 को पूरा करने के बाद, सूचना देने वाला हस्ताक्षर और दिनांक भरेगा)	
दिनांक: <input type="text" value="D D - M M - Y Y Y Y"/>	सूचनादाता के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान
	पंजीकार द्वारा भरा जाए
पंजीकरण संख्या :	
पंजीकरण तिथि: <input type="text" value="D D - M M - Y Y Y Y"/>	
पंजीकरण इकाई:	
शहर/ गांव:	
उप जिला:	
जिला:	
टिप्पणी (यदि कोई हो):	
	पंजीकार का नाम और हस्ताक्षर

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार

फॉर्म संख्या 10

(नियम 13 देखें)

अनुपलब्धता प्रमाण-पत्र

(जन्म और मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (2023 में संशोधित) की धारा 17 के अंतर्गत जारी किया गया)

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी
 पुत्र/पत्नी/पुत्री..... क्षेत्र.....
 तहसील..... जिला..... राज्य.....
 के वर्षों के पंजीकरण रिकॉर्ड की जांच की गई और यह पाया गया कि
 पुत्र/पुत्री से संबंधित जन्म/मृत्यु की घटना का
 पंजीकरण नहीं किया गया है।

दिनांक :

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

प्राधिकारी के हस्ताक्षर
मोहर

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार

फॉर्म संख्या 11 (नियम 14 देखें)

जन्म की मासिक सारांश रिपोर्ट

1. रिपोर्ट का माह : _____ वर्ष: _____
2. जिला:
3. शहर/गांव:
4. पंजीकरण इकाई:
5. माह के दौरान पंजीकृत जन्मों की संख्या:

पुरुष (1)	स्त्री (2)	ट्रांसजेंडर व्यक्ति (3)	जोड़* (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 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 :

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

मुख्य पंजीकार/जिला पंजीकार को प्रेषित

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

मृत्यु की मासिक सारांश रिपोर्ट

1. रिपोर्ट का माह: _____ वर्ष _____
2. जिला:
3. शहर/गांव:
4. पंजीकरण इकाई:
5. माह के दौरान पंजीकृत मृत्यु का विवरण:

मृत्यु (सभी शिशु मृत्यु, बाल मृत्यु एवं मातृ मृत्यु सम्मिलित)				शिशु मृत्यु (एक वर्ष से कम आयु)				बाल मृत्यु (एक वर्ष या उससे अधिक किंतु पाँच वर्ष से कम आयु)				मातृ मृत्यु
पुरुष	स्त्री	ट्रांसजेंडर व्यक्ति	जोड़*	पुरुष	स्त्री	ट्रांसजेंडर व्यक्ति	जोड़	पुरुष	स्त्री	ट्रांसजेंडर व्यक्ति	जोड़	

6. मृत्यु 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):

नोट: शिशु, बाल मृत्यु और मातृ मृत्यु को भी मृत्यु में सम्मिलित किया जाना चाहिए।

* यह जोड़ मृत्यु प्रतिवेदन फार्म (फार्म संख्या 2) के सांख्यिकीय भाग की संख्या के बराबर होना चाहिए, जो कि इस मासिक रिपोर्ट के साथ संलग्न है।

पंजीकार के हस्ताक्षर एवं नाम

दिनांक :

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

मुख्य पंजीकार/जिला पंजीकार को प्रेषित

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

मृत जन्म की मासिक सारांश रिपोर्ट

1. रिपोर्ट का माह: _____ वर्ष: _____
2. जिला:
3. शहर/गांव:
4. पंजीकरण इकाई:
5. माह के दौरान पंजीकृत मृत जन्म की संख्या:

पुरुष (1)	स्त्री (2)	ट्रांसजेंडर व्यक्ति (3)	जोड़* (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

दिनांक :

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 जन्म/मृत्यु की विलंबित रिपोर्टिंग के लिए स्व-प्रमाणित दस्तावेज़ का प्रारूप

घोषणा

मैं , पुत्र/पुत्री/पत्नी..... ,
निवासी..... घोषणा
करता/करती हूँ कि:

1. मैं, (बच्चे का नाम/मृतक), पुत्र/पुत्री/पत्नी के विलंबित जन्म/मृत्यु रिपोर्टिंग की सूचना देने वाला सूचक हूँ;
2. उसका जन्म/मृत्यु (जन्म/मृत्यु तिथि) को (जन्म स्थान/मृत्यु) पर हुई थी;
3. जन्म/मृत्यु के समय उपस्थित सहायक व्यक्ति था, जिसका निवास स्थान है;
4. उसके जन्म/मृत्यु की सूचना देने में देरी के कारण है _____

_____ ;

5. उसके जन्म/मृत्यु प्रमाण पत्र की _____ के लिए आवश्यकता है;

घोषणा:

मैं, घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त जानकारी सत्य है और मैंने अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार उपरोक्त घटना की सूचना किसी भी पंजीकार को नहीं दी है और इस संबंध में कोई जन्म/मृत्यु प्रमाण पत्र जारी नहीं किया गया है।

सूचनादाता का नाम और हस्ताक्षर या
अंगूठे का निशान

दिनांक :

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

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)

राज्य	जिला	उप-जिला	गांव/शहर	मोहल्ला	आर.यू. आई.डी.	पंजीकार/जिला पंजीकार या कोई भी अधिकृत अधिकारी जो कि पंजीकार/जिला पंजीकार के रूप में कार्य करने के लिए अधिकृत हो, का नाम

2. अपील की ओर ले जाने वाली घटना का विवरण, दिनांक और आदेश संख्या आदि के साथ।

(घटना का विस्तृत विवरण प्रदान करें, यदि आवश्यक हो तो अनुलग्नकों का उपयोग करें)

--

घोषणा:

मैंने अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के आधार पर सच्ची जानकारी प्रदान की है।

(अपीलकर्ता के हस्ताक्षर)

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

दिनांक :

अपीलकर्ता विवरण :

नाम	पता	आधार संख्या	ईमेल आईडी	मोबाइल नं.

टिप्पणियाँ:

- कृपया इस फार्म की एक प्रति अपने रिकॉर्ड के लिए अपने पास रखें।
- अपील, यदि कोई हो, 30 दिनों की अवधि के भीतर जिला पंजीकार/मुख्य पंजीकार को अवश्य प्रस्तुत की जानी चाहिए।
- 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।
- 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।
- 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)

**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

To be filled by the informant

1. **Date of Birth :**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

To be filled by the Registrar

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

Name and Signature of the Registrar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

To be filled by the Registrar

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

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

Name and Signature of the Registrar

Instructions for completing the Form 1: BIRTH REPORT

Item No.	Instructions																									
1	Date, wherever it occurs, is to be provided in dd-mm-yyyy format, where dd is date in two digits, mm is month in two digits and yyyy is year in four digits. Wherever the date is written in words it should be written in full e.g 01-01-2023 shall be written as First January two thousand twenty three. Use only 'Arabic numerals' such as 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 for recording dates and other numerical entries.																									
2	Enter "Male" or "Female" or "Transgender Person". Do not use abbreviation.																									
3,4,5,9	Name, wherever it occurs, is to be provided in the format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name]. If child is not named, leave blank. Birth can be registered without name of the child. However, name of child can be inserted, free of charge, within 12 months of registration (Refer Rule 10 of State Rules).																									
6,7,8,9	Address, wherever it occurs, shall contain the name of State or Union Territory, District, Sub-district, Town or Village, Ward number (in case of town and if available), Locality, House number and PIN Code.																									
8	Tick the appropriate entry for place of birth <ol style="list-style-type: none"> 1. Hospital / Institution 2. House 3. Other place <p>Give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or "Other place" where the birth took place.</p>																									
10	Town or Village of residence of the mother: Place where the mother usually lives. This can be different from the place where the delivery occurred. The house address is not required to be entered.																									
12,13	Level of Education – Write one of following— <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>1.Pre-Primary</td> <td>6.Class 5</td> <td>11.Class 10</td> <td>16.Bachelor Undergraduate /</td> <td>21. Literate without formal education</td> </tr> <tr> <td>2.Class 1</td> <td>7.Class 6</td> <td>12.Class 11</td> <td>17. PG Diploma</td> <td>22. Illiterate</td> </tr> <tr> <td>3.Class 2</td> <td>8.Class 7</td> <td>13.Class 12</td> <td>18. Master / Post graduate</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.Class 3</td> <td>9.Class 8</td> <td>14.ITI</td> <td>19. M.Phil</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.Class 4</td> <td>10.Class 9</td> <td>15.Diploma Certificate /</td> <td>20. Doctorate & above</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Enter the completed level of education e.g. if studied upto class VII but passed only class VI, write class VI)</p>	1.Pre-Primary	6.Class 5	11.Class 10	16.Bachelor Undergraduate /	21. Literate without formal education	2.Class 1	7.Class 6	12.Class 11	17. PG Diploma	22. Illiterate	3.Class 2	8.Class 7	13.Class 12	18. Master / Post graduate		4.Class 3	9.Class 8	14.ITI	19. M.Phil		5.Class 4	10.Class 9	15.Diploma Certificate /	20. Doctorate & above	
1.Pre-Primary	6.Class 5	11.Class 10	16.Bachelor Undergraduate /	21. Literate without formal education																						
2.Class 1	7.Class 6	12.Class 11	17. PG Diploma	22. Illiterate																						
3.Class 2	8.Class 7	13.Class 12	18. Master / Post graduate																							
4.Class 3	9.Class 8	14.ITI	19. M.Phil																							
5.Class 4	10.Class 9	15.Diploma Certificate /	20. Doctorate & above																							
14, 15	Occupation - Write one of following— <ol style="list-style-type: none"> 1. Cultivator 2. Agriculture Labourer 3. Daily Wages Earner(Other than Agriculture Labourer) 4. Single/Family Worker/Self Employed 5. Employer 6. Government Employee 7. Private Employee(Other than Domestic Helper) 8. Domestic Helper 9. Non-Worker 																									

Note: The informant 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 detached and sent for statistical processing

To be filled by the informant

1*. **Date of Birth :**

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

3. **Child's details** (If name is changed on adoption, write new name):-
 (a) Name of the Child
 (b) Aadhaar No. (if available):

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

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

6. **Details of adoption deed/order:-**
 (a) Date:
 (b) Number of Adoption deed / order:

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

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

9. **Address of adoptive parents as recorded in Adoption deed / order:** 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. **Permanent address of adoptive 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:

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 :** _____
 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:

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:
 (b) Aadhaar No.(if available):
 (c) Mobile No:
 (d) Email Id:
 (e) **Address** :House No: _____ Locality: _____ Ward number (in case of town and if available): _____
 Town or Village: _____ Sub-district: _____ District: _____
 State or Union Territory: _____ PIN Code:

DECLARATION: I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aadhaar authentication.
(After completing all columns 1 to 18, informant will put date and signature)

To be filled by the informant

14. **For Religion** [Enter appropriate religion "Hindu" or Muslim" or "Christian" or "Sikh" or "Buddhist" or "Jain" or "Other" (Please specify)]

(a) **Religion of Adoptive Father:** _____
 (b) **Religion of Adoptive Mother:** _____

15. **Adoptive Father's level of education:** _____

16. **Adoptive Mother's level of education:** _____

17. **Adoptive Father's Occupation:** _____

18. **Adoptive Mother's Occupation:** _____

To be detached and sent for statistical processing

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

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

To be filled by the Registrar

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

Name and Signature of the Registrar

To be filled by the Registrar

District	Name	Code No.
Sub-District		
Town/Village :		
Registration Unit:	Registration No. : _____	
Registration Date:	<input type="text" value="D D - M M - Y Y Y Y"/>	
Date of Birth :	<input type="text" value="D D - M M - Y Y Y Y"/>	
Sex :	Male / Female / Transgender person	
Place of Birth:	1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place	

Name and Signature of the Registrar

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

Item No.	Instructions																									
1, 6	<p>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.</p> <p>If date of birth is unknown, record the date of birth as reflected in adoption order or deed, as the case may be.</p> <p>Use only 'Arabic numerals' such as 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 for recording dates and other numerical entries.</p>																									
2	Enter "Male" or "Female" or "Transgender Person". Do not use abbreviation.																									
3,4,5,7,8,13	Name, wherever it occurs, is to be provided in the format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name].																									
9,10,11,12,13	Address, wherever it occurs, shall contain the name of State or Union Territory, District, Sub-district, Town or Village, Ward number (in case of town and if available), Locality, House number and PIN Code.																									
15,16	<p>Level of Education – Write one of following—</p> <table border="1" data-bbox="360 882 1434 1256"> <tbody> <tr> <td data-bbox="360 882 515 969">1.Pre-Primary</td> <td data-bbox="515 882 670 969">6.Class 5</td> <td data-bbox="670 882 825 969">11.Class 10</td> <td data-bbox="825 882 1174 969">16.Bachelor Undergraduate /</td> <td data-bbox="1174 882 1434 969">21. Literate without formal education</td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 969 515 1023">2.Class 1</td> <td data-bbox="515 969 670 1023">7.Class 6</td> <td data-bbox="670 969 825 1023">12.Class 11</td> <td data-bbox="825 969 1174 1023">17. PG Diploma</td> <td data-bbox="1174 969 1434 1023">22. Illiterate</td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 1023 515 1111">3.Class 2</td> <td data-bbox="515 1023 670 1111">8.Class 7</td> <td data-bbox="670 1023 825 1111">13.Class 12</td> <td data-bbox="825 1023 1174 1111">18. Master / Post graduate</td> <td data-bbox="1174 1023 1434 1111"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 1111 515 1164">4.Class 3</td> <td data-bbox="515 1111 670 1164">9.Class 8</td> <td data-bbox="670 1111 825 1164">14.ITI</td> <td data-bbox="825 1111 1174 1164">19. M.Phil</td> <td data-bbox="1174 1111 1434 1164"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 1164 515 1256">5.Class 4</td> <td data-bbox="515 1164 670 1256">10.Class 9</td> <td data-bbox="670 1164 825 1256">15.Diploma Certificate /</td> <td data-bbox="825 1164 1174 1256">20. Doctorate & above</td> <td data-bbox="1174 1164 1434 1256"></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Enter the completed level of education e.g. if studied upto class VII but passed only class VI, write class VI)</p>	1.Pre-Primary	6.Class 5	11.Class 10	16.Bachelor Undergraduate /	21. Literate without formal education	2.Class 1	7.Class 6	12.Class 11	17. PG Diploma	22. Illiterate	3.Class 2	8.Class 7	13.Class 12	18. Master / Post graduate		4.Class 3	9.Class 8	14.ITI	19. M.Phil		5.Class 4	10.Class 9	15.Diploma Certificate /	20. Doctorate & above	
1.Pre-Primary	6.Class 5	11.Class 10	16.Bachelor Undergraduate /	21. Literate without formal education																						
2.Class 1	7.Class 6	12.Class 11	17. PG Diploma	22. Illiterate																						
3.Class 2	8.Class 7	13.Class 12	18. Master / Post graduate																							
4.Class 3	9.Class 8	14.ITI	19. M.Phil																							
5.Class 4	10.Class 9	15.Diploma Certificate /	20. Doctorate & above																							
17,18	<p>Occupation - Write one of following—</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cultivator 2. Agriculture Labourer 3. Daily Wages Earner(Other than Agriculture Labourer) 4. Single/Family Worker/Self Employed 5. Employer 6. Government Employee 7. Private Employee(Other than Domestic Helper) 8. Domestic Helper 9. Non-Worker 																									

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

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

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

To be filled by the informant

1. **Date of Death :**

2. **Deceased's Details:-**

(a) 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:

(b) Aadhaar No. (if available):

(c) Mobile No:

(d) Email Id:

5. **Father's Details:-**

(a) Name:

(b) Aadhaar No. (if available):

(c) Mobile No:

(d) Email Id:

6. **Spouse's (husband / wife) Details:-**

(a) 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:
 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 **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:

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:

(b) Aadhaar No.(if available):

(c) Mobile No:

(d) Email Id:

(e) **Address :**House No.:
 Locality: Ward number (in case of town and if available):
 Town or Village: Sub-district: District:
 State or Union Territory: PIN Code:

DECLARATION: I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aadhaar authentication.
 To the best of my knowledge and information, the detail of Aadhaar of the deceased is not available.
(After completing all columns 1 to 21, informant will put date and signature)

Date: Signature or left thumb mark of the informant

To be filled by the Registrar

Registration No. :

Registration Date:

Registration Unit :

Town / Village:

Sub-District:

District:

Remarks (if any):

Cause of Death (as per Form 4 / 4A):

Name and Signature of the Registrar

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

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

12. **Religion** (Enter appropriate religion "Hindu" or "Muslim" or "Christian" or "Sikh" or "Buddhist" or "Jain" or "Other" (Please specify)):

13. **Occupation of the deceased:**

14. **Type of Medical Attention received before death** (Tick the appropriate entry below):
 1. Institutional
 2. Medical attention other than Institution
 3. No Medical attention

15. **Was the cause of death medically certified?** (Tick the appropriate entry below) :
 1. Yes 2. No

16. **Name of Disease or Actual Cause of Death** (For all deaths irrespective of whether medically certified or not) :

17. **In case this is a female death, did the death occur while pregnant, at the time of delivery or within 6 weeks after the end of pregnancy** (Tick the appropriate entry below):
 1. Yes 2. No

18. **If used to habitually smoke – for how many years?**

19. **If used to habitually chew tobacco in any form – for how many years?**

20. **If used to habitually chew arecanut in any form (including pan masala) - for how many years?**

21. **If used to habitually drink alcohol - for how many years?**

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

To be filled by the Registrar

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

Registration Unit :

Registration No. :

Registration Date:

Date of Death :

Sex : Male / Female / Transgender person

Age of deceased:

Place of death :1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place

Name and Signature of the Registrar

To be detached and sent for statistical processing

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	<p>For Place of death tick the appropriate entry</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hospital / Institution 2. House 3. Other place <p>Give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or "Other place" where the death took place.</p>
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	<p>Occupation - Write one of following—</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cultivator 2. Agriculture Labourer 3. Daily Wages Earner(Other than Agriculture Labourer) 4. Single/Family Worker/Self Employed 5. Employer 6. Government Employee 7. Private Employee(Other than Domestic Helper) 8. Domestic Helper 9. Non-Worker

Note: The informant 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

To be filled by the informant

1. **Date of Birth :**

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

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

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

5. **Place of birth**(Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or "Other place" where the birth took place) :
 1.Hospital/ Institution **Name :**
 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. **Informant's Details:**
 (a) Name:
 (b) Aadhaar No. (if available):
 (c) Mobile No:
 (d) Email Id:
 (e) **Address** :House No:
 Locality: Ward number (in case of town and if available):
 Town or Village: Sub-district: District:
 State or Union Territory: PIN Code:

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

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

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

To be filled by the informant

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

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

9. **Mother's level of education:**

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

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

12. **Cause of foetal death** (if known):

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

To be detached and sent for statistical processing

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

To be filled by the Registrar

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

Name and Signature of the Registrar

To be filled by the Registrar

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

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

Name and Signature of the Registrar

Instructions for completing the Form 3: STILL BIRTH REPORT

Item No.	Instructions																									
1	Date, wherever it occurs, is to be provided in dd-mm-yyyy format, where dd is date in two digits, mm is month in two digits and yyyy is year in four digits Wherever the date is written in words it should be written in full e.g 01-01-2023 shall be written as First January two thousand twenty three. Use only 'Arabic numerals' such as 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 for recording dates and other numerical entries.																									
2	Enter "Male" or "Female" or "Transgender Person". Do not use abbreviation.																									
3,4,6	Name, wherever it occurs, is to be provided in the format of [first name] [middle name] [last name] where full name (not abbreviation) to be written in capital letters and first name is mandatory. There should be minimum two characters in either [first name] or [middle name] or [last name].																									
5,6	Address, wherever it occurs, shall contain the name of State or Union Territory, District, Sub-district, Town or Village, Ward number (in case of town and if available), Locality, House number and PIN Code.																									
5	<p>For Place of birth tick the appropriate entry</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hospital / Institution 2. House 3. Other place <p>Give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or "Other place" where the birth took place.</p>																									
7	Town or Village of residence of the mother: Place where the mother usually lives. This can be different from the place where the delivery occurred. The house address is not required to be entered.																									
9	<p>Level of Education – Write one of following—</p> <table border="1" data-bbox="244 1055 1428 1352"> <tbody> <tr> <td>1.Pre-Primary</td> <td>6.Class 5</td> <td>11.Class 10</td> <td>16.Bachelor Undergraduate /</td> <td>21. Literate without formal education</td> </tr> <tr> <td>2.Class 1</td> <td>7.Class 6</td> <td>12.Class 11</td> <td>17. PG Diploma</td> <td>22. Illiterate</td> </tr> <tr> <td>3.Class 2</td> <td>8.Class 7</td> <td>13.Class 12</td> <td>18. Master / Post graduate</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.Class 3</td> <td>9.Class 8</td> <td>14.ITI</td> <td>19. M.Phil</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.Class 4</td> <td>10.Class 9</td> <td>15.Diploma Certificate /</td> <td>20. Doctorate & above</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Enter the completed level of education e.g. if studied upto class VII but passed only class VI, write class VI)</p>	1.Pre-Primary	6.Class 5	11.Class 10	16.Bachelor Undergraduate /	21. Literate without formal education	2.Class 1	7.Class 6	12.Class 11	17. PG Diploma	22. Illiterate	3.Class 2	8.Class 7	13.Class 12	18. Master / Post graduate		4.Class 3	9.Class 8	14.ITI	19. M.Phil		5.Class 4	10.Class 9	15.Diploma Certificate /	20. Doctorate & above	
1.Pre-Primary	6.Class 5	11.Class 10	16.Bachelor Undergraduate /	21. Literate without formal education																						
2.Class 1	7.Class 6	12.Class 11	17. PG Diploma	22. Illiterate																						
3.Class 2	8.Class 7	13.Class 12	18. Master / Post graduate																							
4.Class 3	9.Class 8	14.ITI	19. M.Phil																							
5.Class 4	10.Class 9	15.Diploma Certificate /	20. Doctorate & above																							
12.	<p>Cause of foetal death – Write one of following—</p> <table border="1" data-bbox="244 1451 1428 1955"> <tbody> <tr> <td>1. Bleeding (Hamorrhage)</td> <td>7. Diabetes in the mother</td> <td>13. Infection in the mother Parvovirus B19</td> </tr> <tr> <td>2. Problems with Placental</td> <td>8. Infection in the mother Cocksackie virus</td> <td>14. Infection in the mother Q fever</td> </tr> <tr> <td>3. Problem with umbilical cord</td> <td>9. Infection in the mother Herpes simplex</td> <td>15. Infection in the mother Rubella (German measles)</td> </tr> <tr> <td>4. Pre-eclampsia</td> <td>10. Infection in the mother Leptospirosis</td> <td>16.Infection in the mother Flu</td> </tr> <tr> <td>5. Genetic physical defect in the baby</td> <td>11. Infection in the mother Lyme disease</td> <td>17. Infection in the mother Toxoplasmosis</td> </tr> <tr> <td>6. Liver disorder in the mother (obstetriccholestas)</td> <td>12. Infection in the mother Malaria</td> <td>18. Not stated</td> </tr> </tbody> </table>	1. Bleeding (Hamorrhage)	7. Diabetes in the mother	13. Infection in the mother Parvovirus B19	2. Problems with Placental	8. Infection in the mother Cocksackie virus	14. Infection in the mother Q fever	3. Problem with umbilical cord	9. Infection in the mother Herpes simplex	15. Infection in the mother Rubella (German measles)	4. Pre-eclampsia	10. Infection in the mother Leptospirosis	16.Infection in the mother Flu	5. Genetic physical defect in the baby	11. Infection in the mother Lyme disease	17. Infection in the mother Toxoplasmosis	6. Liver disorder in the mother (obstetriccholestas)	12. Infection in the mother Malaria	18. Not stated							
1. Bleeding (Hamorrhage)	7. Diabetes in the mother	13. Infection in the mother Parvovirus B19																								
2. Problems with Placental	8. Infection in the mother Cocksackie virus	14. Infection in the mother Q fever																								
3. Problem with umbilical cord	9. Infection in the mother Herpes simplex	15. Infection in the mother Rubella (German measles)																								
4. Pre-eclampsia	10. Infection in the mother Leptospirosis	16.Infection in the mother Flu																								
5. Genetic physical defect in the baby	11. Infection in the mother Lyme disease	17. Infection in the mother Toxoplasmosis																								
6. Liver disorder in the mother (obstetriccholestas)	12. Infection in the mother Malaria	18. Not stated																								

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

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

Name of the Hospital

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

Time On

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

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

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

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

SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

Directions for completing the form

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

Age : If the deceased was over 1 year of age, give age in completed years. If the deceased was below 1 year of age, give age in months and if below 1 month give age in completed number of days, and if below one day, in hours.

Cause of Death : This part of the form should always be completed by the attending physician personally.

The certificate of cause of death is divided into two parts, I and II. Part I is again divided into three parts, lines (a) (b) (c). If a single morbid condition completely explains the deaths, then this will be written on line (a) of Part I, and nothing more need be written in the rest of Part I or in Part II, for example, smallpox, lobar pneumonia, cardiac beriberi, are sufficient cause of death and usually nothing more is needed.

Often, however, a number of morbid conditions will have been present at death, and the doctor must then complete the certificate in the proper manner so that the correct underlying cause will be tabulated. First, enter in Part I(a) the immediate cause of death. This does not mean the mode of dying, e.g., heart failure, respiratory failure, etc. These terms should not be appear on the certificate at all since they are modes of dying and not causes of death. Next consider whether the immediate cause is a complication or delayed result of some other cause. If so, enter the antecedent cause in Part I, line (b). Sometimes there will be three stages in the course of events leading to death. If so, line (c) will be completed. The underlying cause to be tabulated is always written in last in Part I.

Morbid conditions or injuries may be present which were not directly related to the train of events causing death but which contributed in some way to the fatal outcome. Sometimes the doctor finds it difficult to decide, especially for infant deaths, which of several independent conditions was the primary cause of death; but only one cause can be tabulated, so the doctor must decide. If the other diseases are not effects of the underlying cause, they are entered in Part II.

Do not write two or more conditions on a single line. Please write the names of the diseases (in full) in the certificates as legibly as possible to avoid the risk of their being misread.

Onset : Complete the column for interval between onset and death whenever possible, even if very approximately, e.g., "from birth" "several years".

Accidental or violent deaths : Both the external cause and the nature of the injury are needed and should be stated. The doctor or hospital should always be able to describe the injury, stating the part of the body injured, and should give the external cause in full when this is shown. Example : (a) Hypostatic pneumonia; (b) Fracture of neck of femur; (c) Fall from ladder at home.

Maternal deaths : Be sure to answer the question on pregnancy and delivery. This information is needed for all women of child-bearing age, even though the pregnancy may have had nothing to do with the death.

Old age or senility : Old age (or senility) should not be given as a cause of death if a more specific cause is known. If old age was a contributory factor, it should be entered in Part II. Example : (a) Chronic bronchitis, II old age.

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

Example : *Anaemia* – Give type of anaemia, if known. *Neoplasm* – Indicate whether benign or malignant, and site, with site of primary neoplasm, whenever possible, *Heart disease* – Describe the condition specifically; if congestive heart failure, chronic on pulmonale, etc., are mentioned, give the antecedent conditions. *Tetanus* – Describe the antecedent injury, if known. *Operation* – State the condition for which the operation was performed. *Dysentery* – Specify whether bacillary, amoebic, etc., if known. *Complications of pregnancy or delivery* – Describe the complication specifically, *Tuberculosis* – Give organs affected.

Symptomatic statement : Convulsions, diarrhea, fever, ascites, jaundice, debility, etc., are symptoms which may be due to any one of a number of different conditions. Sometimes nothing more is known, but whenever possible, give the disease which caused the symptom.

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

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

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI

FORM NO. 4A

(See rule 7)

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

(For non-institutional deaths. Not to be used for still births)

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

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

on

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

 at.....AM. / P.M.

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

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

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

Date of verification :

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

SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

Directions for completing the form

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

Age : If the deceased was over 1 year of age, give age in completed years. If the deceased was below 1 year of age, give age in months and if below 1 month give age in completed number of days, and if below one day, in hours.

Cause of Death : This part of the form should always be completed by the attending physician personally.

The certificate of cause of death is divided into two parts, I and II. Part I is again divided into three parts, lines (a) (b) (c). If a single morbid condition completely explains the deaths, then this will be written on line (a) of Part I, and nothing more need be written in the rest of Part I or in Part II, for example, smallpox, lobar pneumonia, cardiac beriberi, are sufficient cause of death and usually nothing more is needed.

Often, however, a number of morbid conditions will have been present at death, and the doctor must then complete the certificate in the proper manner so that the correct underlying cause will be tabulated. First, enter in Part I(a) the immediate cause of death. This does not mean the mode of dying, e.g., heart failure, respiratory failure, etc. These terms should not be appear on the certificate at all since they are modes of dying and not causes of death. Next consider whether the immediate cause is a complication or delayed result of some other cause. If so, enter the antecedent cause in Part I, line (b). Sometimes there will be three stages in the course of events leading to death. If so, line (c) will be completed. The underlying cause to be tabulated is always written in last in Part I.

Morbid conditions or injuries may be present which were not directly related to the train of events causing death but which contributed in some way to the fatal outcome. Sometimes the doctor finds it difficult to decide, especially for infant deaths, which of several independent conditions was the primary cause of death; but only one cause can be tabulated, so the doctor must decide. If the other diseases are not effects of the underlying cause, they are entered in Part II.

Do not write two or more conditions on a single line. Please write the names of the diseases (in full) in the certificates as legibly as possible to avoid the risk of their being misread.

Onset : Complete the column for interval between onset and death whenever possible, even if very approximately, e.g., "from birth" "several years".

Accidental or violent deaths : Both the external cause and the nature of the injury are needed and should be stated. The doctor or hospital should always be able to describe the injury, stating the part of the body injured, and should give the external cause in full when this is shown. Example : (a) Hypostatic pneumonia; (b) Fracture of neck of femur; (c) Fall from ladder at home.

Maternal deaths : Be sure to answer the question on pregnancy and delivery. This information is needed for all women of child-bearing age, even though the pregnancy may have had nothing to do with the death.

Old age or senility : Old age (or senility) should not be given as a cause of death if a more specific cause is known. If old age was a contributory factor, it should be entered in Part II. Example : (a) Chronic bronchitis, II old age.

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

Example : *Anaemia* – Give type of anaemia, if known. *Neoplasm* – Indicate whether benign or malignant, and site, with site of primary neoplasm, whenever possible, *Heart disease* – Describe the condition specifically; if congestive heart failure, chronic on pulmonale, etc., are mentioned, give the antecedent conditions. *Tetanus* – Describe the antecedent injury, if known. *Operation* – State the condition for which the operation was performed. *Dysentery* – Specify whether bacillary, amoebic, etc., if known. *Complications of pregnancy or delivery* – Describe the complication specifically, *Tuberculosis* – Give organs affected.

Symptomatic statement : Convulsions, diarrhea, fever, ascites, jaundice, debility, etc., are symptoms which may be due to any one of a number of different conditions. Sometimes nothing more is known, but whenever possible, give the disease which caused the symptom.

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



सं./ No.

State
Govt.
Emblemराष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार
GOVERNMENT OF NCT OF DELHI.....विभाग/..(प्रमाणपत्र जारी करने वाले स्थानीय निकाय का नाम).....
DEPARTMENT OF...../ (Name of local body issuing certificate)

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

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

नाम/Name:

लिंग/Sex.....

जन्म तिथि/Date of Birth.....

जन्म स्थान/Place of Birth.....

माता का नाम/Name of Mother.....

माता का आधार नं./Aadhaar No.of Mother :

x	x	x	x	x	x	x	x				
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

पिता का नाम/Name of Father.....

पिता का आधार नं./Aadhaar No.of Father :

x	x	x	x	x	x	x	x				
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

बच्चे के जन्म के समय माता-पिता का पता/
Address of parents at the time of birth of the child:.....
.....
.....माता-पिता का स्थायी पता /
Permanent address of parents:.....
.....
.....

पंजीकरण संख्या/Registration No. :.....

पंजीकरण दिनांक/Date of Registration.....

टिप्पणी/Remarks (if any).....

जारी करने की तिथि /Date of issue:.....

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

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



सं./ No.

State
Govt.
Emblemराष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, दिल्ली सरकार
GOVERNMENT OF NCT OF DELHI.....विभाग/..(प्रमाणपत्र जारी करने वाले स्थानीय निकाय का नाम).....
DEPARTMENT OF...../ (Name of local body issuing certificate)

प्रपत्र - 6

Form-6

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 जाता है कि निम्नलिखित सूचना मृत्यु के मूल लेख से ली गई है जो कि (स्थानीय क्षेत्र) उप-जिला

जिला राज्य के रजिस्टर में उल्लिखित है ।

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

नाम/Name:

मृतक का आधार नं. / Aadhaar No. of deceased :

x	x	x	x	x	x	x	x	x						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

लिंग/Sex.....

मृत्यु की तिथि/Date of Death.....

मृत्यु का स्थान/Place of Death.....

माता का नाम/Name of Mother.....

माता का आधार नं. / Aadhaar No. of Mother :

x	x	x	x	x	x	x	x	x						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

पिता का नाम/Name of Father.....

पिता का आधार नं. / Aadhaar No. of Father :

x	x	x	x	x	x	x	x	x						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

पति/पत्नी का नाम/ Name of Husband/Wife

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

x	x	x	x	x	x	x	x	x						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

मृतक का मृत्यु के समय का पता/
Address of the deceased at the time of death:

.....

.....

पंजीकरण संख्या/Registration No :

मृतक का स्थायी पता /

Permanent address of the deceased:

.....

.....

पंजीकरण दिनांक /Date of Registration.....

टिप्पणी/Remarks (if any).....

जारी करने की तिथि /Date of issue :

प्राधिकारी के हस्ताक्षर/Signature of the issuing authority

प्राधिकारी का पता / Address of the issuing authority

मोहर/Seal

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

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI**FORM NO.7**

(See rule 12)

BIRTH REGISTER**Legal information***This part to be added to the Birth Register*

<i>To be filled by the informant</i>	
1.	Date of Birth: <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> - <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> - <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>
2.	Sex (Enter "Male" or "Female" or "Transgender person") :
3.	Child's Details (If not named, leave blank) :-
(a)	Name, if any : <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/>
(b)	Aadhaar No. (if available): <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
4.	Father's Details:-
(a)	Name: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/>
(b)	Aadhaar No. (if available): <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
(c)	Mobile No: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
(d)	Email Id: <input type="text"/>
5.	Mother's Details:-
(a)	Name: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/>
(b)	Aadhaar No. (if available): <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
(c)	Mobile No: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
(d)	Email Id: <input type="text"/>
6.	Address of parents at the time of Birth of the Child: House No: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
7.	Permanent address of parents: House No: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
8.	Place of birth (Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or 'Other place" where the birth took place) : 1.Hospital/ Institution Name : 2. House 3. Other place Address :House No: Locality: Ward number (in case of town and if available): Town or Village: Sub-district: District: State or Union Territory: PIN Code: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
9.	Informant's Details:
(a)	Name: <input type="text" value="First Name"/> <input type="text" value="Middle Name"/> <input type="text" value="Last Name"/>
(b)	Aadhaar No. (if available): <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
(c)	Mobile No: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
(d)	Email Id: <input type="text"/>
(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: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
DECLARATION:	
<input type="checkbox"/> I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths Act, 1969 (amended in 2023) for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aadhaar authentication. (After completing all columns 1 to 22, informant will put date and signature)	
Date: <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> - <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> - <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>	Signature or left thumb mark of the informant
<i>To be filled by the Registrar</i>	
Registration No. :	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Registration Date:	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> - <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> - <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>
Registration Unit :	
Town / Village:	
Sub-District:	
District:	
Remarks (if any):	
Name and Signature of the Registrar	

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI

FORM NO.8
(See rule 12)
DEATH REGISTER
Legal information*This part to be added to the Death Register*

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

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI

FORM NO.9

(See rule 12)

STILL BIRTH REGISTER

Legal information

This part to be added to the Still Birth Register

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

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI

FORM No.10

(See rule 13)

NON-AVAILABILITY CERTIFICATE

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

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

Date :

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

Signature of issuing authority

Seal

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI

FORM No. 11 *(See rule 14)*

SUMMARY MONTHLY REPORT OF BIRTHS

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

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

6. Time Gap in Birth registration:

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

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

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

Signature and Name

of the Registrar

Date :

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

Submitted to the Chief Registrar/District Registrar

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

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

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

6. Time Gap in Death registration:

- (a) Within Time limit (21 days) of their occurrence:
 - (b) More than 21 days but within 30 days of their occurrence:
 - (c) More than 30 days but within one year of their occurrence:
 - (d) After one year of their occurrence:
- Total* (a + b + c + d):

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

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

Signature and Name
of the Registrar

Date :

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

Submitted to the Chief Registrar/District Registrar

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI
FORM No. 13 (See rule 14)
SUMMARY MONTHLY REPORT OF STILL BIRTHS

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

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

6. Time Gap in Birth registration:

- (a) Within Time limit (21 days) of their occurrence:
 - (b) More than 21 days but within 30 days of their occurrence:
 - (c) More than 30 days but within one year of their occurrence:
 - (d) After one year of their occurrence:
- Total* (a + b + c + d):

* Total should be equal to the number of statistical part of Still Birth Report Forms (Form No.3) attached with this monthly report.

Signature and Name
of the Registrar

Date :

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

Submitted to the Chief Registrar/District Registrar

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI

Form No. 14
(See rule 9)

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

DECLARATION

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

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

DECLARATION:

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

Name and Signature or
thumb mark of the informant

Date

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

Notes:

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

GOVT. OF NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHI

Form No. 15
(See rule 16 A)

FORM FOR APPEAL

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

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

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

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

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

--

DECLARATION:

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

(Signature of the appellant)

Date

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

Appellant details:

Name	Address	Aadhaar no.	Email Id	Mobile No.

Notes:

- Please retain a copy of this form for your own records.
- 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.
- 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.
- 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].
- 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)