



मृत्यू अहवाल नमुना क्र. १

(नियम क्रमांक ५ पहावे) कायदेशीर माहिती
सोलापूर महानगरपालिका
हा भागा मृत्यू नोंदवही म्हणून जतन करावा.



माहिती देणाऱ्याने खालील रकाने भरावेत.

No.

बुक नं.

१) मृत्यू दिनांक _____
(मृत्यूचा अचूक दिवस, महिना व वर्ष भरावे - उदा. १/१/२०००)

२) अ) मृतांचे संपूर्ण नांव _____

ब) मृताच्या वडिलांचे / पतीचे नांव व कायमचा पत्ता _____

क) मृताच्या आईचे / पतीचे नांव व कायमचा पत्ता _____

आधार कार्ड नं. _____

३) मृत व्यक्तीचे लिंग (पुरुष अथवा स्त्री) लिहावे) _____

४) मृत व्यक्तीचे वय _____

(जर मृत व्यक्तीचे १ वर्षापेक्षा जास्त वयाची असेल तर वय पूर्ण वर्षात लिहावे जर वय १ वर्षापेक्षा कमी असेल तर महिन्यामध्ये वय लिहावे. जर वय १ महिन्यापेक्षा कमी असेल वय दिवसात लिहावे व एका दिवसापेक्षा कमी असेल तर वय तासात लिहावे)

५) मृत्यूचे ठिकाण _____

(नमूद केलेल्या अ, ब किंवा क पैकी एकामध्ये संपूर्ण माहिती भरण्यात यावी.) उदा. हॉस्पिटल/घर/इतर ठिकाणी जेथे मृत्यू झाला असे ते ठिकाण)

अ. रुग्णालय/संस्था _____

नांव व पत्ता _____

ब. घर (घराचा टपालाचा पत्ता) _____

६) माहिती देणाऱ्याचे नांव व पत्ता _____

दिनांक / /२० _____

माहिती देणाऱ्याची सही / अंगाटा

निबंधकाने भरावयाची माहिती

नोंदणी क्र. _____ नोंदणी दि.

नोंदणी संस्थेचे नांव _____

गाव / शहर - सोलापूर - ३० जिल्हा - सोलापूर - ३०

शेरा _____

टीप - योप त्या ठिकाणी चुण करावी.

२०१५

मनपा प्रत

निबंधकाचे नांव, सही व ठिकाण



मृत्यू अहवाल

नमुना क्र. १ सांख्यिकी माहिती
सोलापूर महानगरपालिका
या भागाची माहिती पुढील संकलनासाठी पं.सं./न.पा./म.न.पा./क. बोर्डाकडे पाठविण्यात यावी.



No.

बुक नं.

माहिती देणाऱ्याने खालील रकाने भरावेत.

७) मृत व्यक्तीचे नेहमीचे राहण्याचे ठिकाण

(हे ठिकाण मृत्यूचे ठिकाणापेक्षा वेगळे असू शकते)

अ) गावाचे / शहराचे नांव _____

ब) गाव आहे का शहर आहे १) गाव २) शहर

क) तालुक्याचे नांव _____

द) जिल्हाचे नांव _____

३) राज्याचे नांव _____

८) कुटुंबाचा धर्म -

१) हिंदू २) मुस्लीम ३) ख्रिस्चन

४) इतर धर्म _____

(धर्माचे नांव लिहावे)

९) मृत व्यक्तीचा व्यवसाय / नोकरी _____

(जर नसेल तर निरंक लिहावे)

१०) मृत्यूपूर्वी घेतलेल्या वैद्यकीय सेवेचा प्रकार

१) वैद्यकीय संस्था

२) या व्यतिरिक्त इतर वैद्यकीय सेवा

३) वैद्यकीय सेवा मिळाली नाही.

निबंधकाने भरावयाची माहिती

ठिकाण नांव कोड नं. (जनाभयाना)

जिल्हा सोलापूर ३०

तालुका उ. सोलापूर ०४

गाव/शहर सो. म. पा. ०७११

नोंदणी संस्था सो. म. पा.

टीप - योप त्या ठिकाणी चुण करावी. २०१५

११) मृत्यूचे कारण वैद्यकीयदृष्ट्या प्रमाणित आहे का ? अ) आहे ब) नाही

१२) रोगाचे नांव किंवा मृत्यूचे नेमके कारण

वैद्यकीयदृष्ट्या प्रमाणित आहे किंवा नाही याच्याशी संबंधीत नाही)

१३) मृत व्यक्ती स्त्री असेल व मृत्यू गरोदरपणी प्रसूतीच्या वेळी किंवा प्रसूतीनंतर ६ आठवड्यात झाला तरच या रकान्यात माहिती भरावी.

१४) सिगरेट, विडी किंवा तसम पदार्थांचे व्यसन होते का? असल्यास किती वर्षे _____

१५) तंबाकू खाण्याचे व्यसन होते का? असल्यास किती वर्षे _____

१६) सुपारी किंवा धान मसाला खाण्याचे व्यसन होते का? असल्यास किती वर्षे _____

१७) दारू किंवा तसम जनेबक पदार्थांचे व्यसन होते का? असल्यास किती वर्षे _____

(नमूद रकाने पूर्ण भरून झाल्यावर डावीकडील स्तरात माहिती देणाऱ्याने सही करावी.)

नोंदणी क्रमांक - नोंदणी दिनांक -

मृत्यूचा दिनांक / /२० _____

लिंग - १. पुरुष २. स्त्री

जन्माचे ठिकाण - अ. हॉस्पिटल ब. घर क. इतर

निबंधकाचे नांव, सही व ठिकाण

मनपा प्रत