

13. मृत्यु से पूर्व प्रदान किया गया चिकित्सीय उपचार : (निम्न प्रविष्टियों में से समुचित पर ✓ का निशान लगायें)
 (1) संस्थान (2) संस्थान के अतिरिक्त अन्य चिकित्सीय उपचार (3) कोई चिकित्सीय उपचार नहीं किया गया।
14. क्या मृत्यु का कारण चिकित्सीय रूप से प्रमाणित है? (नीचे दी गई प्रविष्टियों में से समुचित पर ✓ का निशान लगाइयें)
 (1) हां (2) नहीं
15. बीमारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण : (किसी भी प्रकार से हुई मृत्यु के मामले में चिकित्सकीय रूप से प्रमाणित या अप्रमाणित का विचार किए बिना)।
16. यदि मृतक स्त्री है, क्या मृत्यु गर्भवती रहने के दौरान, प्रसव के समय या गर्भावस्था के पश्चात् 6 सप्ताह के भीतर हुई है :
 (नीचे प्रविष्टियों में से समुचित पर ✓ का निशान लगाइयें)
 (1) हां (2) नहीं
17. क्या मृतक धूम्रपान का आदी था, यदि हां तो कितने वर्षों से ?
18. क्या किसी भी रूप में तम्बाकू खाने का आदी था, यदि हां तो कितने वर्षों से ?
19. क्या किसी भी रूप में सुपारी (पान मसाला सम्मिलित करते हुए) खाने का आदी था, यदि हां तो कितने वर्षों से ?
20. क्या मदिरापान का आदी था, यदि हां तो कितने वर्षों से?
21. (i) आवेदक/सूचनादाता का नाम :.....
 (ii) आवेदक का मृतक से सम्बन्ध
- (iii) आवेदक का आधार संख्या
- (iv) आवेदक का भामाशाह परिवार पहचान पत्र संख्या
- (v) आवेदक का मोबाइल नम्बर
- (vi) आवेदक का ई-मेल.....

घोषणा

मैं.....पुत्र/पुत्री.....आयु.....
 निवासी.....यह घोषणा करता/करती हूँ कि उक्त प्रतिवेदन में दी गई सूचना एवं जानकारी सही एवं सत्य है। दी गई सूचना एवं जानकारी असत्य पाई जाने पर मेरे विरुद्ध की जाने वाली कार्यवाही के लिए मैं स्वयं उत्तरदायी रहूंगा/रहूंगी।

आवेदक के हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी

संलग्न दस्तावेज (सही (✓) का निशान लगावें):-

1. मृत्यु से सम्बन्धित प्रमाण पत्र
2. विलम्बित पंजीयन हेतु सक्षम अनुज्ञा का शपथ पत्र
3. आवेदक की पहचान एवं पते का दस्तावेज
4. परिवार का भामाशाह पहचान पत्र

कार्यालय उपयोग हेतु

रजिस्ट्रीकरण संख्या..... रजिस्ट्रीकरण की तारीख.....
 रजिस्ट्रीकरण इकाई जिला.....

रजिस्ट्रार/उपरजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर

हमारा लक्ष्य - जन्म हो या मरण, शत प्रतिशत पंजीकरण

टोल फ्री नं. - 1800-180-6785

ई-मेल : jd vital.des@rajasthan.gov.in

वेबसाइट - <http://pehchan.raj.nic.in>