Sl. No. 46 (I)

(329)

SPEED POST

No. 11/4/2014– VS (CRS)/143

भारतसरकार

GOVERNMENT OF INDIA

गृहमंत्रालय

MINISTRY OF HOME AFFAIRS

भारत के महारजिस्ट्रार का कार्यालय

OFFICE OF THE REGISTRAR GENERAL, INDIA

जीवनांक प्रभाग, नागरिक पंजीयन योजना, 2-ए, मानसिंह रोड, नई दिल्ली – 110011

V.S. Division, Civil Registration System, 2-A, Mansingh Road, New Delhi – 110011

E-mail: rgi.rgi@nic.in drg-crs.rgi@nic.in manojISS9.rgi@nic.in **Dated- 30-05-2018**

CIRCULAR

Subject: Inclusion of details of widow in the death records of her husband_regarding.

Please refer this office D.O. letter of even number dated 27-02-2018 through which you were requested to implement the Para 2.1(a) of the Report of expert committee constituted under the directions of Hon'ble Supreme Court by judgement dated 11-08-2017 passed against a Writ Petition(c) No. 659/2007. In the above mentioned report, the Para 2.1(a) of common working plan relates to common database of widows which pertains to registration of death, requires that on registration of death of a male, the name, age and contact details of the widow should also be recorded to ensure that the name of the widow is compulsorily mentioned in the death certificate of her husband.

2. You are aware that Name of husband/wife of the deceased has already been included in the existing death reporting and death certificate form (form no. 2 and 6). However, in order to include the age and contact details of the husband/wife in the death reporting form, it has been decided to add the following column in the legal part of death reporting form (form no.2):-

(Death reporting form)	Modified Column (To be made)
Item 5b	Age of husband/wife
Item 5c	Contact details of husband/wife

3. The specimen of the revised form is enclosed for your ready reference. In this connection, necessary permission as required under Section 30(1) of the RBD Act, 1969 is granted to amend the respective State Rule 5 and requested to include the aforesaid modified columns in form no.2 i.e.in Death Reporting form. It is also clarified that format of Death Register (form no.8) would also be changed automatically after making necessary changes in the legal part of the Death Reporting form.

4. You are therefore requested to initiate the action for amending the relevant Rules and ensure the inclusion of aforesaid items in form No. 2. This office may also be appraised about the action taken in this regard along with the copy of notification issued.

(SAILESH)
Registrar General India

Encl:- Revised Death reporting Form (Form no. 2)

To

The Chief Registrar of births and deaths of all States/UT's

331

No. 11/4/2014 VS (CRS) dated 30-05-2018, New Delhi-110011

Copy forwarded to the concerned DCO office with the request to take up the matter with the Chief Registrar of births and deaths.

(Manoj Kumar) 31/5
Deputy Registrar General (CRS)

332

FORM NO.2 DEATH REPORT

Legal information

This part to be added to the Death Register

To be filled by the informant

1. **Date of Death** : (Enter the exact day, month and year the death took place e.g. 1-1-2000)

2. **Name of the Deceased** : (Full name as usually written)

   UID No of deceased (if any)

3. **Sex of the deceased** : : (Enter "Male, or " Female" or "Transgender") do not use abbreviation)

4. Name of Mother:
   UID No of Mother (if any)

5. Name of Father
   UID No of Father(if any)

5a Name of husband/wife
   UID No of husband/wife (if any)

5b **Age of husband/wife:**

5c **Contact details of husband/wife:**

6. **Age of the deceased:** (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. Address of the deceased at the time of death:

8. Permanent address of the deceased:

9. **Place of death:** (Tick the appropriate entry 1, 2 or 3 below and give the name of the Hospital/ Institution or the address of the house where the death took place. If other lace, give location)

   .Hospital/ Institution **Name :**

   2.House **Address :**

   3.Other Place

10. **Informant's name :**

    Address :

(After completing all columns 1 to 21, informant will put date and signature here:)

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

To be filled by the Registrar

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

Name and Signature of the Registrar

To be detached and sent statistical processing

DEATH REPORT

Statistical information

FORM NO.2

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 actually lived. This can be different from the place where the death occurred. The house address is not required to be entered.)

    a) **Name of Town/Village :**

    b) **Is it a town or village** :(Tick the appropriate entry below)

    1. Town 2. Village

    c) **Name of District :**

    d) **Name of State :**

12. **Religion :** (Tick the appropriate entry below)

    1. Hindu 2. Muslim 3.Christian

    4. Any other religion: (write the name of the religion)

13. **Occupation of the deceased:** (If no occupation write 'Nil')

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**

To be filled by the informant

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)

District : Name Code No.
Tahsil :
Town/Village :
Registration Unit :

To be filled by the Registrar

Registration No. : Registration Date :
Date of Death : Sex : 1.Male 2.Female
Age : Years/months/days/hours
Place of Death : 1.Hospital/Institution 2.House 3. Other Place

Name and Signature of the Registrar

स्पीड पोस्ट

सं. 11/4/2014-वीएस(सीआरएस)

भारतसरकार

GOVERNMENT OF INDIA

गृहमंत्रालय

MINISTRY OF HOME AFFAIRS

भारत के महारजिस्ट्रार का कार्यालय

OFFICE OF THE REGISTRAR GENERAL, INDIA

जीवनांक प्रभाग, नागरिक पंजीयन योजना, 2-ए, मानसिंह रोड, नई दिल्ली – 110011

V.S. Division, Civil Registration System, 2-A, Mansingh Road, New Delhi – 110011

ई-मेल- rgi.rgi@nic.in drg-crs.rgi@nic.in manojISS9.rgi@nic.in दिनांक 30.05.2018

परिपत्र

विषयः- विधवा के ब्यौरे को उसके पति के मृत्यु रिकार्ड में शामिल करने के संबंध में।

कृपया इस कार्यालय के दिनांक 27.02.2018 के समसंख्यक अ.शा. पत्र का अवलोकन करें जिसके माध्यम से आपसे माननीय सर्वोच्च न्यायालय द्वारा रिट याचिका (सि) सं. 659/2007 के संबंध में पारित दिनांक 11.08.2017 के निर्णय के निर्देशों के अंतर्गत गठित विशेषज्ञ समिति की रिपोर्ट के पैरा 2.1 (ए) को कार्यान्वित करने का अनुरोध किया गया था। ऊपर उल्लिखित रिपोर्ट के सामान्य कार्यकारी योजना संबंधी पैरा 2.1 (ए), जोकि मृत्यु के पंजीकरण के संबंध में विधवा के सामान्य डाटा बेस का वर्णन करता है, में पुरूष की मृत्यु के पंजीकरण के समय विधवा का नाम, आयु और संपर्क संबंधी ब्यौरे दर्ज किया जाना अपेक्षित है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि उसके पति के मृत्यु प्रमाण पत्र में विधवा के नाम का अनिवार्य रूप से उल्लेख हो।

2. आप जानते हैं कि मृत्यु की सूचना तथा मृत्यु प्रमाण पत्र के मौजूदा फार्म (फार्म सं. 2 और 6) में मृतक के पति/ पत्नी का नाम पहले ही शामिल किया जा चुका है। तथापि, मृत्यु की सूचना संबंधी फार्म में पति/पत्नी की आयु और संपर्क ब्यौरों को शामिल करने के लिए मृत्यु सूचना प्रपत्र (फार्म सं. 2) के विधिक हिस्से में निम्नलिखित कालम जोड़ने का निर्णय लिया गया हैः-

(मृत्यु सूचना प्रपत्र)	संशोधित कालम (बनाया जाना है)
मद 5 ख	पति/पत्नी की आयु
मद 5 ग	पति/पत्नी का संपर्क विवरण

3. आपके सुलभ संदर्भ के लिए संशोधित फार्म का नमूना संलग्न किया जाता है। इस संबंध में संबंधित राज्य नियम 5 में संशोधन करने के लिए आरबीडी अधिनियम, 1969 की धारा 30(1) के अन्तर्गत यथा अपेक्षित आवश्यक अनुमति प्रदान की जाती है तथा उपर्युक्त संशोधित कालम को फार्म सं. 2 अर्थात मृत्यु सूचना प्रपत्र में शामिल करने का अनुरोध किया जाता है। यह भी स्पष्ट किया जाता है कि मृत्यु सूचना प्रपत्र के विधिक हिस्से में आवश्यक परिवर्तन करने के पश्चात मृत्यु रजिस्टर (फार्म सं. 8) का प्रारूप स्वतः परिवर्तित हो जाएगा।

4. इसलिए आपसे संबंधित नियमों में संशोधन करने के लिए कार्रवाई प्रारम्भ करने और फार्म सं. 2 में उपर्युक्त मदों को शामिल किया जाना सुनिश्चित करने का अनुरोध किया जाता है। जारी की गई अधिसूचना की प्रति सहित इस संबंध में की गई कार्रवाई से इस कार्यालय को भी अवगत करवाया जाए।

(शैलेश)
भारत के महारजिस्ट्रार

संलग्नकः मृत्यु सूचना संशोधित प्रपत्र (फार्म सं. 2)

सेवा में,

सभी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के मुख्य रजिस्ट्रार, जन्म एवं मृत्यु।

सं. 11/4/2014 वीएस(वीआरएस) दिनांक 30.05.2018, नई दिल्ली-110011

मुख्य रजिस्ट्रार, जन्म और मृत्यु के साथ इस मामले को उठाने के अनुरोध सहित प्रति संबंधित जनगणना कार्य निदेशालय कार्यालय को प्रेषित

(मनोज कुमार)
उप महारजिस्ट्रार (सीआरएस)

मृत्यु संबंधी सूचना

विधिक सूचना

इस भाग को मृत्यु रजिस्टर के साथ जोड़ा जाएगा

सूचनादाता द्वारा भरा जाएगा

1. मृत्यु की तारीख (जब मृत्यु हुई थी वही दिन, माह और वर्ष दर्ज करें, उदा: 1-1-2000)

2. मृतक का नाम :
(पूरा नाम जैसे सामान्यतः लिखा जाता है)

मृतक की यू.आई.डी सं (यदि है)

3. मृतक का लिंग :: ("पुरुष, अथवा "महिला" अथवा "किन्नर" दर्ज करें)
संक्षिप्तों का प्रयोग न करें)

4. माता का नाम:
माता की यू.आई.डी सं (यदि है)

5. पिता का नाम
पिता की यू.आई.डी सं (यदि है)

5क पति/पत्नी का नाम
पति/पत्नी की यू.आई.डी सं (यदि है)

5ख पति/पत्नी की आयु

5ग पति/पत्नी का संपर्क विवरण:

6. मृतक की आयु: (यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से अधिक थी, आयु पूर्ण वर्षों में दें, यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से कम की थी, आयु महीनों में दें और यदि 1 महीने से कम थी तो जीवित रहे दिनों में आयु दें , और यदि एक दिन से कम थी, घंटों में दें।

7. मृत्यु के समय मृतक का पता:

8. मृतक का स्थायी पता:

9. मृत्यु का स्थान: (नीचे दिए गए 1,2 अथवा 3 में उपयुक्त प्रविष्टि दर्ज करें और उस अस्पताल/संस्था अथवा घर का पता दें जहां मृत्यु हुई थी । यदि अन्य स्थान, स्थान का नाम)

1. अस्पताल/संस्था नाम:
2. घर पता:
3. अन्य स्थान

10. सूचनादाता का नाम:
पता:

(1 से 21 तक सभी कालम पूरे करने के बाद, सूचनादाता यहां तिथि दर्ज करेगें और हस्ताक्षर करेगें)

तारीख: सूचनादाता के हस्ताक्षर अथवा बांये अंगूठे का निशान

रजिस्ट्रार द्वारा भरे जाने के लिए

पंजीकरण सं: पंजीकरण तिथि:
पंजीकरण इकाई:
नगर/गांव : जिला :
टिप्पणी: (यदि कोई है)

रजिस्ट्रार का नाम एवं हस्ताक्षर

सांख्यिकीय कार्य के लिए अलग करें

मृत्यु संबंधी सूचना

सांख्यिकीय सूचना

इस भाग को अलग कर सांख्यिकीय कार्य के लिए भेजा जाएगा

सूचनादाता द्वारा भरा जाएगा

11 नगर अथवा गांव जहां मृतक का निवास था : (वह स्थान जहां मृतक वास्तविक रूप से रहता था । यह उस स्थान से भिन्न हो सकता है जहां मृतक की मृत्यु हुई थी । घर का पता दर्ज करने की आवश्यकता नहीं है ।)

a) नगर/गांव का नाम:
b) वह नगर है अथवा गांव है : (नीचे उपयुक्तानुसार सही का निशान दर्ज करें)
1. नगर 2. गांव
c) जिले का नाम :
d) राज्य का नाम :

12 धर्म: (नीचे उपयुक्तानुसार सही का निशान दर्ज करें)
1. हिंदु 2. मुसलमान 3. ईसाई
4. कोई अन्य धर्म : (धर्म का नाम लिखें)

13 मृतक का पेशा
(यदि कोए पेशा नहीं तो 'शून्य' लिखें)

14 मृत्यु के पहले मिली चिकित्सीय देखभाल (नीचे उपयुक्तानुसार सही का निशान दर्ज करें)
1. संस्थागत
2. गैर संस्थागत चिकित्सीय देखभाल
3. चिकित्सीय देखभाल नहीं प्राप्त हुई

सूचनादाता द्वारा भरा जाएगा

15 क्या मृत्यु के कारण का चिकित्सीय प्रमाणन हुआ था ? (नीचे उपयुक्तानुसार सही का निशान दर्ज करें)
1. हां 2. नहीं

16 बीमारी का नाम अथवा मृत्यु का वास्तविक कारण : (सभी मृत्यु के लिए चाहे उसका चिकित्सीय प्रमाणन हुआ या नहीं)

17 यदि यह महिला की मृत्यु है, क्या यह मृत्यु गर्भावस्था के दौरान हुई, प्रसव के समय अथवा गर्भकाल के पश्चात 6 सप्ताह के भीतर हुई । (नीचे उपयुक्तानुसार सही का निशान दर्ज करें)
1. हां 2. नहीं

18 यदि आदतन धूम्रपान करते थे –कितने वर्षों से ?

19 यदि आदतन किसी भी प्रकार के तंबाकु का सेवन करते थे - कितने वर्षों से ?

20 यदि आदतन किसी भी प्रकार की सुपारी चबाते थे (पान मसाला -कितने वर्षों से ?

21 यदि आदतन शराब पीते थे - कितने वर्षों से?

(भरे जाने वाले कालम पूरे हो गए हैं । अब बायीं ओर हस्ताक्षर करें)

रजिस्ट्रार द्वारा भरे जाने के लिए

नाम
जिला :
तहसील:
नगर/गांव:
पंजीकरण इकाई:

कोड सं

पंजीकरण सं : पंजीकरण तिथि :
मृत्यु की तारीख : लिंग : 1. पुरुष 2. महिला
आयु: वर्ष / महीने / दिन / घंटे
मृत्यु का स्थान : 1. अस्पताल/संस्था 2. घर 3. अन्य स्थान

रजिस्ट्रार का नाम एवं हस्ताक्षर