



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](mailto:rgi.rgi@nic.in) [drg-crs.rgi@nic.in](mailto:drg-crs.rgi@nic.in) [manojs9.rgi@nic.in](mailto:manojs9.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<br>(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

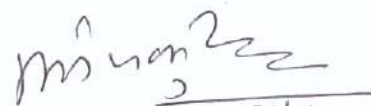
The Chief Registrar of births and deaths of all States/UT's



प्रत्येक जन्म एवम् मृत्यु का पंजीकरण सुनिश्चित करें/  
“Ensure Registration of Every Birth and Death”

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)

Deputy Registrar General (CRS)



प्रत्येक जन्म एवम् मृत्यु का पंजीकरण सुनिश्चित करें/  
“Ensure Registration of Every Birth and Death”

## Legal information

This part to be added to the Death Register

## Statistical information

This part to be detached and sent for statistical processing

| To be filled by the informant                                                                                                                                                                                                                                 |  | To be filled by the Registrar                        |                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1. <b>Date of Death</b> : (Enter the exact day, month and year the death took place e.g. 1-1-2000)                                                                                                                                                            |  | <b>Registration No.</b> :                            | <b>Registration Date</b> :                                              |
| 2. <b>Name of the Deceased</b> :<br>(Full name as usually written)                                                                                                                                                                                            |  | <b>Registration Unit</b> :                           | <b>Sex</b> : 1. Male 2. Female                                          |
| 3. <b>Sex of the deceased</b> : (Enter "Male", or "Female" or "Transgender")<br>do not use abbreviation)                                                                                                                                                      |  | <b>Town/Village</b> :                                | <b>Years/months/days/hours</b>                                          |
| 4. <b>Name of Mother</b> :                                                                                                                                                                                                                                    |  | <b>District</b> :                                    | <b>Place of Death</b> : 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other Place |
| 5. <b>Name of Father</b> :                                                                                                                                                                                                                                    |  | <b>Tahsil</b> :                                      |                                                                         |
| 5a. <b>Name of husband/wife</b> :                                                                                                                                                                                                                             |  | <b>Town/Village</b> :                                |                                                                         |
| 5b. <b>Name of husband/wife</b> :                                                                                                                                                                                                                             |  | <b>Registration Unit</b> :                           |                                                                         |
| 5c. <b>Age of husband/wife</b> :                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                      |                                                                         |
| 6. <b>Contact details of husband/wife</b> :                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                      |                                                                         |
| 7. <b>Age of the deceased</b> : (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) |  |                                                      |                                                                         |
| 8. <b>Address of the deceased</b> :<br>Permanent address of the deceased:                                                                                                                                                                                     |  |                                                      |                                                                         |
| 9. <b>Place of death</b> : (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 place, give location)                                                   |  |                                                      |                                                                         |
| 10. <b>Informant's name</b> :                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                      |                                                                         |
| <b>Address</b> :                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                      |                                                                         |
| (After completing all columns 1 to 21, informant will put date and signature here.)                                                                                                                                                                           |  |                                                      |                                                                         |
| <b>Date</b> :                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <b>Signature or left thumb mark of the informant</b> |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                               |  | To be filled by the Registrar                        |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Registration No. : Registration Date :               |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Code No. : District :                                |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Name : Tahsil :                                      |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Town/Village : Registration Unit :                   |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Name and Signature of the Registrar                  |                                                                         |

| To be filled by the informant                                                                                                                                                                                        |  | To be filled by the Registrar |                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------------------------|
| 11. <b>Town or Village of Residence of the deceased</b> : (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.) |  | <b>Registration No.</b> :     | <b>Registration Date</b> :                      |
| a) <b>Name of Town/Village</b> :                                                                                                                                                                                     |  | <b>Date of Death</b> :        | <b>Sex</b> : 1. Male 2. Female                  |
| b) <b>Is it a town or village</b> : (Tick the appropriate entry below)                                                                                                                                               |  | <b>Age</b> :                  | <b>Years/months/days/hours</b>                  |
| 1. Town 2. Village                                                                                                                                                                                                   |  | <b>Place of Death</b> :       | 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other Place |
| c) <b>Name of District</b> :                                                                                                                                                                                         |  |                               |                                                 |
| d) <b>Name of State</b> :                                                                                                                                                                                            |  |                               |                                                 |
| 12. <b>Religion</b> : (Tick the appropriate entry below)                                                                                                                                                             |  |                               |                                                 |
| 1. Hindu 2. Muslim 3. Christian                                                                                                                                                                                      |  |                               |                                                 |
| 4. <b>Any other religion</b> : (write the name of the religion)                                                                                                                                                      |  |                               |                                                 |
| 13. <b>Occupation of the deceased</b> :<br>(If no occupation write 'Nil')                                                                                                                                            |  |                               |                                                 |
| 14. <b>Type of medical attention received before death</b> : (Tick the appropriate entry below)                                                                                                                      |  |                               |                                                 |
| 1. Institutional                                                                                                                                                                                                     |  |                               |                                                 |
| 2. Medical attention other than institution                                                                                                                                                                          |  |                               |                                                 |
| 3. No medical attention                                                                                                                                                                                              |  |                               |                                                 |
| 15. <b>Was the cause of death medically certified?</b> : (Tick the appropriate entry below)                                                                                                                          |  |                               |                                                 |
| 1. Yes 2. No                                                                                                                                                                                                         |  |                               |                                                 |
| 16. <b>Name of Disease or Actual Cause of Death</b> : (For all deaths irrespective of whether medically certified or not)                                                                                            |  |                               |                                                 |
| 17. <b>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?</b> : (Tick the appropriate entry below)                            |  |                               |                                                 |
| 1. Yes 2. No                                                                                                                                                                                                         |  |                               |                                                 |
| 18. <b>If used to habitually smoke</b> -<br>for how many years?                                                                                                                                                      |  |                               |                                                 |
| 19. <b>If used to habitually chew tobacco</b> in any form -<br>for how many years?                                                                                                                                   |  |                               |                                                 |
| 20. <b>If used to habitually chew arecanut</b> in any form (including pan masala) -<br>for how many years?                                                                                                           |  |                               |                                                 |
| 21. <b>If used to habitually drink alcohol</b> -<br>for how many years?                                                                                                                                              |  |                               |                                                 |

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





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](mailto:rgi.rgi@nic.in) [drg-crs.rgi@nic.in](mailto:drg-crs.rgi@nic.in) [manojSS9.rgi@nic.in](mailto:manojSS9.rgi@nic.in) दिनांक 30.05.2018

### परिपत्र

विषय:- 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 पुरुष 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 है:-

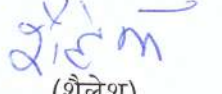
| (मृत्यु सूचना प्रपत्र) | संशोधित कालम (बनाया जाना है) |
|------------------------|------------------------------|
| मद 5 ख                 | पति/पत्नी की आयु             |
| मद 5 ग                 | पति/पत्नी का संपर्क विवरण    |

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 अर्थात् 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।



प्रत्येक जन्म एवम् मृत्यु का पंजीकरण सुनिश्चित करें/  
“Ensure Registration of Every Birth and Death”

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

संलग्नक: मृत्यु सूचना संशोधित प्रपत्र (फार्म सं. 2)

सेवा में,

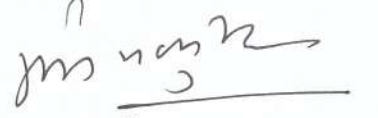
सभी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों के मुख्य रजिस्ट्रार, जन्म एवं मृत्यु।



प्रत्येक जन्म एवम् मृत्यु का पंजीकरण सुनिश्चित करें/  
“Ensure Registration of Every Birth and Death”

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)



प्रत्येक जन्म एवम् मृत्यु का पंजीकरण सुनिश्चित करें/  
“Ensure Registration of Every Birth and Death”

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

इस भाग को अलग कर सांख्यिकीय कार्य के लिए भेजा जाएगा

*Melville let's let Melville*

Heiler Lake Lake Heiler Lake

*Mulle let. let. blinchi*

1. मूल्य की तराजू (कम मूल्य वाले की बड़ी डिम, माह और वर्ष दर्ज करें, उदा: 1-1-2000)

2. मृतक का नाम :  
(पूरा नाम जैसे मामान्यतः विद्या जाना है)

[illegible]

3. मृतक का लिंग :: (पुरुष, अथवा "महिषा" अथवा "किन्नर" दर्ज करें)  
मंजियों का पत्रांतर न करें

महर्षि श्री रामः

माता की यू.आई.डी नं. (यदि है)

[illegible]

शिक्षा की योजना

[illegible]

5८ धृतिपत्रा का नाम

[illegible]

३५

5ग पति/पत्नी वा संगतः निवर्णः

[illegible]

7. मृत्यु के समय मृतक का पत्ना:

8. मूलक का स्थायी पना:

9. मृत्यु का स्थानः (नीचे दिए गए 1, 2 अथवा 3 में उपयुक्त शक्तिष्टि दर्ज करें और उस समयनाम/संख्या अपना घर का पता मृत्यु का स्थानः (नीचे दिए गए 1, 2 अथवा 3 में उपयुक्त शक्तिष्टि दर्ज करें और उस समयनाम/संख्या अपना घर का पता के जहाँ मृत्यु हुई थी। यदि अन्य स्थान, स्थान का नाम )

|    |                |      |
|----|----------------|------|
| 1. | अस्पताल/संस्था | नाम: |
| 2. | घर             | पता: |

|    |                  |
|----|------------------|
| 10 | मजनाहाना का रतम- |
|----|------------------|

पृष्ठा:

(1) से 21 अथवा सभी का अवलोकन करने के बाद, सूचनादाता यहाँ निम्नलिखित दर्ज करेंगे और हस्ताक्षर करेंगे)

नारियः सूचनादाता के हस्ताक्षर अथवा अंग्रे अंग्रे के निशान

रजिस्ट्रार द्वारा भंगे जाने के लिए

पंजीकरण सं: पंजीकरण निधि:

नगर/गांव :  
जिला :

टिप्पणी: (यदि कोई है)

पं. गी. व. र. पं. इ. का. इ.

गिस्टर का नाम एवं हस्ताक्षर

रजिस्टार का नाम एवं इम्तलाक

पंजीकरण निधि :

जिंग : 1. पुरुष 2. महिला

2. घर 3. अन्य स्थान

रजिम्पार का नाम रज्जु