

वसई-विरार शहर महानगरपालिका
नागरी सुविधा केंद्र
(आरोग्य विभाग)

(हा अर्ज मराठीत व इंग्रजीत लिहावा)

दिनांक : / / २०१

प्रति,

मा. प्रशासकीय अधिकारी
वसई-विरार शहर महानगरपालिका

- १) अर्जदाराचे नाव :
Name of Applicant :
२) पत्ता :
Address :

विषय : मृत्यू दाखला मिळण्याबाबत.

मी वरील अर्जदार विनंतीपूर्वक अर्ज करते/करतो की, माझे / माझा (नाते)

कै. यांचे दिनांक : / / रोजी निधन झाले असून त्याचा मृत्यू
दाखला मिळावा ही नम्र विनंती.

आपला विश्वासू,
.....

- ३) मृताचे पूर्ण नाव व वय :
Full Name Deceased :
४) मृत्यू दिनांक : / / Date of Death : / /
५) लिंग : Sex :
६) मृत्यूचे ठिकाण :
Place of Death :
७) मृत्यूचे कारण :
८) आईचे पूर्ण नाव :
Full Name of Mother :
९) वडिलांचे / पतीचे पूर्ण नाव :
Full Name of Father/Husband :
१०) मयत व्यक्तीचा मृत्यू समयीचा पत्ता :
Add. of Deceased at the :
Time of Death :
११) मयत व्यक्तीचा कायमचा पत्ता :
Permanent Add. of Deceased :
१२) स्मशानभूमीचे नाव (दहन ठिकाण) :

(फक्त कार्यालयीन उपयोगासाठी)

नोंदणी क्रमांक :

नोंदणी दिनांक : / /

(पोचपावती)

दिनांक : / / २०१

- १३) अर्जदाराचे नाव :
Name :
१४) मृताचे पूर्ण नाव :
Full Name of Deceased :
मृत्यू दिनांक : / / Date of Death : / /

प्रत मिळाली,
.....

नुमा क्र. २ वसई-विरार शहर महानगरपालिका
(नियम क्रमांक ५ पहावे) विभागीय कार्यालय
कायदेशी माहिती

मृत्यु अहवाल
सांख्यिक माहिती

हा भाग मृत्यू नोंदवही म्हणून जतन करावा.

माहिती देणाऱ्याने खालील रकाने भरावेत

- १) मृत्यूचा दिनांक _____
(मृत्यूचा अचूक दिवस दिनांक, महिना व वर्ष भरावे. उदा. १/१/२०००)
- २) अ) मृताचे संपूर्ण नांव _____
ब) मृताचे वडिलांचे / पतीचे नाव व कायमचा पत्ता _____
क) मृताच्या आईचे नाव व कायमचा पत्ता _____
- ३) मृत व्यक्तीचे लिंग (पुरुष अथवा स्त्री असे लिहावे) _____
- ४) मृत व्यक्तीचे वय _____
(जर मृत व्यक्ती १ वर्षांपेक्षा जास्त वयाची असेल तर वय पूर्ण वर्षात लिहावे. जर वय १ वर्षांपेक्षा कमी असेल तर महिन्यामध्ये वय लिहावे. जर वय १ महिन्यापेक्षा कमी असेल तर दिवसात लिहावे व एक दिवसापेक्षा कमी असेल तर तासात लिहावे)
- ५) मृत्यूचे ठिकाण - _____
(खाली नमुद केलेल्या अ, ब किंवा क पैकी एका मध्ये संपूर्ण माहिती भरण्यात यावी.)
उदा. हॉस्पिटल / घर / इतर ठिकाणी जेथे मृत्यू झाला असेल ते ठिकाण.
अ) रूग्णालय / संस्था _____
नांव व पत्ता _____
ब) घर (घराचा टपालाचा पत्ता) _____
क) इतर _____
- ६) माहिती देणाऱ्याचे नांव व पत्ता _____

दिनांक _____

माहिती देणाऱ्याची सही / डब्या हाताचा अंगठा

निबंधकाने भरावयाची माहिती

नोंदणी क्रमांक _____ नोंदणी दिनांक _____
नोंदणी संस्थेचे नांव _____
गांव / शहर - _____ जिल्हा - _____
शेरा _____

निबंधकाचे नांव, सही व शिक्का

वसई-विरार शहर महानगरपालिका
विभागीय कार्यालय

मृत्यु अहवाल
सांख्यिक माहिती

या भागाची माहिती कापून पुढील संकल्पनासाठी पक्ष / न.पा./म.न.पा./कं. बोर्डाकडे पाठविण्यात यावी

माहिती देणाऱ्याने खालील रकाने भरावेत

- ७) मृत व्यक्तीचे नेहमीचे राहण्याचे ठिकाण _____
(हे ठिकाण मृत्यूच्या ठिकाणापेक्षा वेगळे असू शकते)
अ) गाव / शहराचे नाव _____
ब) गाव आहे का शहर आहे १) गाव २) शहर
क) तालुक्याचे नाव _____
ड) जिल्हाचे नाव _____
इ) राज्याचे नाव _____
- ८) कुटुंबाचा १) हिंदू २) मुस्लीम ३) ख्रिश्चन
४) इतर धर्म _____
(धर्माचे नाव लिहावे) _____
- ९) मृत व्यक्तीचा व्यवसाय / नोकरी _____
(जर नसेल तर निरंक लिहावे.) _____
- १०) मृत्यूपूर्वी घेतलेल्या वैद्यकीय सेवेचा प्रकार
१) वैद्यकीय संस्था
२) या व्यक्तीरित इतर वैद्यकीय सेवा
३) वैद्यकीय सेवा मिळाली नाही.
- ११) मृत्यूचे कारण वैद्यकीयदृष्ट्या प्रमाणित आहे का?
अ) आहे ब) नाही

निबंधकाने भरावयाची माहिती

ठिकाण	नाव	कोड नं (जनगणना)
जिल्हा	पालघर	
तालुका	वसई	
गाव / शहर	विरार	
नोंदणी संस्था		

नोंदणी क्रमांक _____ नोंदणी दिनांक _____
मृत्यूचा दिनांक _____ मृत्यूचे वय _____
लिंग १) पुरुष २) स्त्री
मृत्यूचे ठिकाण अ) हॉस्पिटल ब) घर
क) इतर

निबंधकाचे नांव, सही व शिक्का

VASAI VIRAR CITY MUNICIPAL CORPORATION

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 sent to Registrar along with form No.2 (Death Report)



I hereby certify that the deceased Shri/Smt./Kum.....Son /wife/
Daughter of.....resident of.....was
under my treatment from.....to.....and he/she died on.....at.....A.M./P.M.

NAME OF DECEASED						For use of Statistical Office
SEX		Age at Death				
Male	Female	If one year or more, age in years	If less than one year, age in months	If less than one month, age in days	If less than one day, age in hours	
I: CAUSE OF DEATH 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)						Interval between onset & death approx.
Antecedent cause Morbid conditions, if any, giving rise to the above Cause, stating underlying Conditions last (b)..... Due to (or as a consequences of)						
(c)..... II: Other significant conditions contributing to the death but not related to the disease or condition causing it						

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

Rubber Stamp :-

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

Registration No :-

Date of verification.....

(SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS)

(To be detached and handed over to the relative of the deceased)

Certified that Shri/Smt./Kum.....S/W/D of Shri.....
R/O.....was under my treatment from.....to.....
and he/she expired on.....at.....A.M./P.M.

Doctor.....
Signature and address of Medical Practitioner
with Registration No

Pledge for Eye Donation (Next of the kin of the deceased)

I.....S/D/W/H
of AgeR/O.....am
willing/not willing to donate the eyes/ corneas of my.....
.....(close relative.)

जवळच्या नातेवाईकांचे नेत्रदानाबाबत संमतीपत्र

मी,.....वय.....वर्ष, राहणार
.....जिल्हा.....मयत व्यक्तीचा
.....(मुलगा/मुलगी/पती/पत्नी/व इतर नातेसंबंध)माझ्या
.....चे नेत्रदान करण्यास संमती देत आहे/संमती देत नाही.

Signature & Name
Next of the kin of the deceased (relative)

नातेवाईकाचे नाव आणि सही/-