ఫారము నెం. 2

మరణ నివేదిక

న్యాయపరమైన సమాచారము

(ఈ భాగము మరణ రిజిష్టరుగా భద్రపరచవలెను)

సమాచారము తెలుపు వ్యక్తి పూరించవలసినది

1. మరణించిన తేది :.....
(మరణించిన తేది, నెల మరియు సం॥ వరుసగా వ్రాయవలెను)
2. మరణించిన వ్యక్తి పేరు :.....
(పూర్తి పేరు వ్రాయవలెను)
3. మరణించిన వ్యక్తి లింగము :.....
(పురుషుడు లేక స్త్రీ అని వ్రాయవలెను):
4. తల్లి పేరు :.....
(పూర్తి పేరు వ్రాయవలెను)
5. తండ్రి పేరు :.....
(పూర్తి పేరు వ్రాయవలెను)
5ఎ. భర్త / భార్య పేరు :.....
(పూర్తి పేరు వ్రాయవలెను)
6. మరణించిన వ్యక్తి వయస్సు :.....
7. మరణించినప్పుడు మృతుని చిరునామా :.....
8. మరణించిన వ్యక్తి స్థిరనివాసపు చిరునామా :.....
9. మరణించిన స్థలము :.....
1) ఆసుపత్రి పేరు 2) ఇంటి చిరునామా 3) ఇతర స్థలము
(పైన పేర్కొనబడిన అంశము 1 లేక 2 లేక 3ను గుర్తించి, మరణించిన స్థలము ఏదైనా వ్రాయవలెను)
10. సమాచారము తెలిపినవారి పేరు చిరునామా :.....

(1 నుండి 21 అంశముల వరకు పూర్తి వివరాలు
వ్రాసి క్రింద సంతకము చేయవలెను.)

సమాచారము తెలిపిన వారి
తేది : సంతకము / వేలుముద్ర

రిజిస్ట్రారు పూరించవలసినది

నమోదు క్రమ సంఖ్య	:	నమోదు చేసిన తేది	: .....
పట్టణము/గ్రామము	:	మండలము	: .....
జిల్లా	:	రిజిస్ట్రేషను యూనిట్	: .....
రిమార్కులు	:	రిజిస్ట్రారు సంతకము	: .....
		పేరు	: .....

మరణ నివేదిక

గణాంక సమాచారము

(ఈ భాగమును విడదీసి గణాంక విభాగమునకు పంపవలెను)

సమాచారము తెలుపు వ్యక్తి పూరించవలసినది

11. మరణించిన వ్యక్తి నివాస స్థలము ఎ. గ్రామం / పట్టణము పేరు :.....
(మరణించిన వ్యక్తి సాధారణముగా నివసించు ప్రదేశము, ఇది మరణించిన ప్రదేశమునకు పేరుగా ఉండవచ్చు)
బి. గ్రామము లేక పట్టణము (సరియైన దానిని గుర్తించుము) గ్రామము / పట్టణము
సి. జిల్లా పేరు :..... డి. రాష్ట్రము పేరు :.....
12. మతము (క్రింది వాటిలో సరియైన దానిని గుర్తించుము)
1. హిందూ, 2. మహమ్మదీయులు 3. క్రిస్టియన్ 4. ఇతర మతము (మతము పేరు వ్రాయవలెను)
13. మరణించిన వ్యక్తి వృత్తి :.....
(వ్యవసాయము, వ్యవసాయ కూలి, ఉద్యోగస్థుడైతే ఏ ఉద్యోగము, వ్యాపారము మొ. ఎట్టి పని లేనిచో నిరుద్యోగి అనిపుపవలెను)
14. మరణమునకు ముందు తీసుకొనిన వైద్య సహాయము (సరియైన అంశమును గుర్తించుము)
1. వైద్యసంస్థ 2. ఇతర వైద్య సహాయము 3. వైద్య సహాయము లేదు
15. మరణ కారణము వైద్య పరంగా ధృవీకరించబడినదా : 1. అవును 2. లేదు
(ఈ క్రింది వాటిలో సరియైన దానిని గుర్తించుము)
16. వ్యాధి పేరు లేక మరణ కారణము :.....
(మరణము వైద్యపరంగా ధృవీకరించబడినా లేకపోయినా)
17.. మరణించిన వ్యక్తి స్త్రీ అయినచో మరణము గర్భవతిగా ఉన్నప్పుడు జరిగినదా, ప్రసవించు సమయములో లేక కాన్పు తర్వాత ఆరు వారములలో జరిగినదా 1. అవును 2. లేదు
(సరియైన దానిని గుర్తించుము)
18. పొగ త్రాగు అలవాటు వున్నచో ఎన్ని సంవత్సరముల నుండి :.....
19. పొగాకు, గుట్కా నములు అలవాటు వున్నచో ఎన్ని సంవత్సరముల నుండి :.....
20. జర్దా, పాన్ మసాలా అలవాటు వున్నచో ఎన్ని సంవత్సరముల నుండి : :.....
21. త్రాగుడు అలవాటు వున్నచో ఎన్ని సంవత్సరముల నుండి :.....

రిజిస్ట్రారు పూరించవలసినది

యూనిట్ కోడ్ నెం	:.....	నమోదు క్రమసంఖ్య	:.....
జిల్లాపేరు	:.....	నమోదు చేసిన తేది	:.....
మండలము	:.....	మరణించిన తేది	:.....
పట్టణము/గ్రామము	:.....	లింగము :	: 1. మగ 2. ఆడ
రిజిస్ట్రేషన్ యూనిట్	:.....	మరణించిన స్థలం	: 1. ఆసుపత్రి 2. ఇల్లు 3. ఇతర స్థలము
		రిజిస్ట్రారు పేరు:	:.....
		సంతకము	:.....