# પરિશિષ્ટ-૩

કોવિડ-૧૯થી મૃત્યુ અંગેનો સત્તાવાર દસ્તાવેજ (Official Document for COVID-19 Death) મેળવવા માટેનું અરજી ફોર્મ.

અરજદારનું પુરૂ નામ : ..........................................
સરનામું :...............................................................
ઈ-મેઈલ :............................................................
મોબાઈલ નંબર :..................................................
તારીખ:..................................................................

પ્રતિ,
કલેકટરશ્રી
................. જીલ્લો

વિષય :- કોવિડ-૧૯ થી મૃત્યુ અંગેનો સત્તાવાર દસ્તાવેજ Official Document for COVID-19 Death મળવા બાબત,

મહાશય,

સવિનય ઉપરોક્ત વિષયે જણાવવાનું કે અમો અરજદાર ઉંમર............... વર્ષ, ધંધો.....................ધ...........
ઉપરોક્ત સરનામે રહીએ છીએ. નીચે દર્શાવેલ મૃતક અમારે સંબંધમાં ..............................................થાય છે.

મારા કુટુંબના સભ્ય.................................................................. (મૃતકનું નામ) નું મૃત્યુ તારીખ ......................
ના રોજ .......................................................મુકામે થયેલ હતુ. જેના મરણની નોંધ સંબંધિત જન્મ-મરણ રજીસ્ટ્રાર દ્વારા કરવામાં આવેલ છે. જેની વિગત નીચે મુજબ છે.

(૧) મરનારનું પુરૂ નામ : ..........................................................................
(૨) મરણની તારીખ : ...............................................................................
(૩) મરણનું સ્થળ : ......................................................................................................................
.........................................................................................................................

(જો હોસ્પિટલમાં થયેલ હોય, તો તેનું નામ સરનામા સાથેની વિગતો ભરવી.)

(૪) મરણ નોંધણી કર્માંક : .................................... (૫) મરણ નોંધણી તારીખ : .................................

મરણ પામનાર ઉપરોક્ત મૃતકના મરણના કારણ સંબંધી કોવિડ-૧૯થી મૃત્યુ અંગેનો સત્તાવાર દસ્તાવેજ (Official Document for COVID-19 Death) અમો મેળવવા માંગતા હોય, અમારી રજૂઆત આ અંગે સરકારશ્રી દ્વારા નિયત કરવામાં આવેલ સમિતિ સમક્ષ વિચારણા અર્થે મોકલી આપવા વિનંતી છે. આ સાથે ચેકલીસ્ટ મુજબના આધાર પુરાવા સદર કામે રજુ કરું છું. જે ધ્યાને લેવા વિનંતી. વધુમાં, હું જણાવું છું, કે ઉપરોક્ત રજુ કરેલ વિગતો મારી જાણ, સમજ મુજબ ખરી છે, જેની હું ખાતરી આપું છું તથા કોઈ પણ તબક્કે ખરી ન હોવાનું માલુમ પડેથી સરકારશ્રી મારી વિરુધ્ધ નિયમોનુસારની કાર્યવાહી કરી શકે છે, તે હું જાણું અને તે માટે બંધાઉં છું.

બીડાણઃ- ચેકલીસ્ટની યાદી

અરજદારની સહી અથવા અંગુઠાનું નિશાન

(૧) મરણનું પ્રમાણપત્ર

(૨) અપ્રાપ્ય પ્રમાણપત્ર અથવા હોસ્પિટલ/ ખાનગી તબીબ ધ્વારા અપાયેલ ( ફોર્મ - ૪ અથવા ફોર્મ - ૪ (એ)ની પ્રમાણીત (ડોકટરના સહી સિકકા સહીત) નકલ

(૩) ઇન્ડોર કેસ પેપર્સ (દાખલ થયેલ દર્દિના કિસ્સામાં)

(૪) ઘરે મૃત્યુના કિસ્સામાં દર્દીએ સ્થાનીક તબીબની સારવાર લીધી હોય તેની વિગતો તથા આધારપુરાવા

(૫) દર્દીના કરવામાં આવેલ વિવિધ પરિક્ષણ જેવા કે (લેબોરેટરી પરિક્ષણ, રેડીયોલોજી પરિક્ષણના પુરાવા)

નોંધઃ અરજદારશ્રીએ ઉપરોક્ત લાગુ પડતા પુરાવાઓ રજુ કરવાના રહેશે તેમજ જરૂર જણાયે આ અંગે આ સિવાયના વધુ પુરાવા રજૂ કરવા માંગતા હોય તો તે રજુ કરી શકશે.