

જન્મ મરણ નોંધ પ્રક્રિયા વિશે માર્ગદર્શક સુચનો

જન્મ મરણની નોંધ બોમ્બે પ્રોવિન્સીયલ મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશન એક્ટ ૧૯૪૯ ના પ્રકરણ ૨૧ માં જણાવેલી કલમ ૩૬૩ થી ૩૭૧ હેઠળ કરવાની થાય છે. આ અંગે ગુજરાત જન્મ અને મરણ નોંધના નિયમો ૧૯૭૩ તથા જન્મ મરણ નોંધણી અધિનિયમ ૧૯૬૯ હેઠળ ફેરફાર પ્રક્રિયા હાથ ધરવાની થાય છે.

- (૧) જન્મ અને મરણ નોંધ માટે મેડીકલ ઓફિસર ઓફ હેલ્થ વદોદરા શહેર માટે રજીસ્ટ્રાર જનરલ છે.
- (૨) જન્મ અને મરણ નોંધણી અમલદાર એ રજીસ્ટ્રાર તરીકે ની ફરજ બજાવે છે.
- (૩) જન્મ મરણ નોંધણી અંગે ઠરાવેલા સમય ની અંદર અને ઠરાવેલી રીતે માહિતી આપી હોય તો તેવા મહાનગર પાલિકા ના હદમાં થયેલ જન્મ કે મરણ ની માહિતી મળે કે તરતજ રજીસ્ટ્રારે યોગ્ય રજીસ્ટરમાં જન્મ કે મરણની નોંધ કરવી જોઈએ. મળેલી કોઈ માહિતી બાબતમાં ખોટું હોવાનું માનવાને પોતાને કોઈ કારણ હોય તો જીલ્લા કોર્ટના ન્યાયાધીશ તરફથી તેની નોંધ કરવાનો અને તે રીતે જણાવતો હુકમ ન મળે ત્યાં સુધી જન્મ કે મરણ નોંધવા તે ના પાડી શકશે.
માહિતી તેમજ બાળક નો પિતા હોવાનું સ્વીકારનારી વ્યક્તિ સિવાય અનૌરસ બાળકના પિતા તરીકે વ્યક્તિનું નામ રજીસ્ટરમાં તે નોંધાવી શકે નહીં.
- (૪) જન્મ ની માહિતી નીચે જણાવેલ વ્યક્તિઓ અધિકૃત રીતે આપી શકશે.
 - (૧) બાળક ના પિતા કે માતા,
 - (૨) જન્મ વખતે હાજર હોય તે વ્યક્તિ.
 - (૩) જ્યાં બાળકનો જન્મ થયો હોય તે ઘરના કોઈ ભાગ માં તે જન્મ વખતે રહેનાર અને તે ઘરમાં બાળકનો જન્મયુ હોવાનું જાણકાર વ્યક્તિ.
 - (૪) જન્મ થયા પછી સારવાર કરનાર અને જન્મ બાબત જાત માહેતગાર તબીબી વ્યવસાયી.
 - (૫) બાળકનો કબજો ધરાવનાર વ્યક્તિ .
- (૫) મરણની માહિતી આપવા માટે અધિકૃત વ્યક્તિનો નીચે મુજબ છે.
 - (૧) નોંધાવવી આવશ્યક હોય તેવી મરણને લગતી વિગતો થી માહેતગાર એવો મરહુમનો કોઈ સગો.
 - (૨) મરણ વખતે હાજર હોય તે વ્યક્તિ.
 - (૩) જ્યાં મરણ થયેલ હોય તે ઘર ના કોઈ ભાગ માં તે મરણ વખતે રહેનાર અને તે ઘર માં મરણ થયાનું જાણનાર વ્યક્તિ.
 - (૪) મરહુમની છેલ્લી માંદગી દરમ્યાન સારવાર કરનાર વ્યક્તિ.
 - (૫) મરણ પછી મરહુમનું શબ જોનાર વ્યક્તિ.

- (૬) ઉપર જણાવ્યા મુજબ જન્મ મરણ રજીસ્ટ્રાર જન્મ કે મરણ નોંધ કરી લિધા બાદ જન્મ કે મરણ ની માહિતી આપનારે રજીસ્ટર માં રજીસ્ટ્રારની હાજરીમાં નોંધ સામે સહી કરવાની છે. પરંતુ લેખિત માહિતી આપનાર પોતાની ઓળખ અંગે ની રજીસ્ટ્રાર ને ખાત્રી થાય તેવો પુરાવો આપે તો તેને માટે રજીસ્ટર માં નોંધ સામે સહી કરવી જરૂરી નથી. નોંધ સામે એ પ્રમાણે સહી કરવામાં ન આવે અગર તો રજીસ્ટ્રાર ને સંતોષાય તેનો પુરાવો ન આપવામાં આવે ત્યાં સુધી જન્મ કે મરણ નોંધાયેલ ગણાશે નહીં. અનૌરસ બાળકના કિસ્સામાં પિતા હોવાનું સ્વીકારનારને પિતા તરીકે નોંધવા વિનંતી કરે ત્યારે માતા, અને તે સ્વીકારનાર બંનેએ રજીસ્ટ્રાર ની હાજરીમાં રજીસ્ટર માં તે નોંધ સામે સહી કરવાની રહેશે.
- (૭) જન્મ-મરણ નોંધ માટે કોઈ ફી લાગત લેવાની નથી.
- (૮) જન્મ-મરણ રજીસ્ટ્રારે ઠરાવેલી ફી ભરેથી સઘળા વ્યાજબી સમયે પોતે રાખેલા રજીસ્ટરો જોવા દેવા જોઈએ અને તેમાની નોંધની નકલ આપવી જોઈએ આવી દરેક નકલ જન્મ-મરણ રજીસ્ટરે પ્રમાણીત કરવી.
- (૯) હાલમાં નકલો માટે ની જે ફીનું ધોરણ છે તે જારી રહેશે.
- (૧૦) અન્ય હુકમો થતા સુધી મુળ નોંધ માટેના નકલો મેળવવા માટેના અરજીઓના નમુના અને પ્રમાણપત્રો ના નમુના યથાવત્ રહેશે.
- (૧૧) જન્મ અને મરણ ની માહિતી આપવા માટેની જે ઠરાવેલી મુદત છે તેમાં કોઈ ફેરફાર કરવામાં આવતો નથી.
- (૧૨) જો માહિતી આપવા રૂબરૂ ન આવતા હોય તો માહિતી આપનાર વ્યક્તિ તેમના ઓળખના પુરાવા પુરા પાડવાના રહેશે.
- (૧૩) ઉપરોક્ત માર્ગદર્શક સુચનાઓ ઉપરાંત જન્મ મરણ નોંધણી અધિનિયમ અને બી.પી.એમ.સી. એક્ટ હેઠળ ની જોગવાઈ સંપૂર્ણપણે લાગુ કરવાની છે.
- (૧૪) હાલની પરિસ્થિતિમાં વોર્ડ ઓફિસ કક્ષાએ સીનીયર સેનેટરી ઇન્સ્પેક્ટરશ્રીને જન્મ -મરણ નોંધણી રજીસ્ટ્રાર તરીકે ની કામગીરી રોજ ના રોજ , જે તે દિવસો જ નોંધણી ક્રમાંક સાથેના દાખલા આપવાના રહેશે.
- (૧૫) ભરણાં ક્લાર્ક (નાણાંની પાવતી આપનાર કર્મચારી) એ જાતેજ જન્મ-મરણ રજીસ્ટરે નોંધ કરી, દાખલો તૈયાર કરી, જરૂરી સહી-સિક્કા કરી/ કરાવડાવી જે તે નોંધણી રજીસ્ટરમાં અરજદાર નાગરિક ની સહી અવશ્ય લેવાની રહેશે. અને ત્યારબાદ રજીસ્ટર ઉપર પ્રત્યેક એન્ટ્રી સામે જન્મ-મરણ નોંધણી રજીસ્ટ્રારશ્રી ની સહી મેળવી લેવાની દક્ષતા રાખવાની રહેશે.

મેડીકલ ઓફીસર ઓફ હેલ્થ

મહાનગર પાલિકા

વડોદરા

મરણ પ્રમાણપત્ર માટે જરૂરી સાઘનિક પુરાવાની યાદી

- ૧) મરનારનું આઈ.ડી. પૂઙ જેવા કે, ચુંટણી કાર્ડ, રેશન કાર્ડ, પાન કાર્ડ, ડ્રાયવીંગ લાયસન્સ, આધારકાર્ડ વિગેરે.
- ૨) સ્મશાનના અગ્નિ સંસ્કારના પુરાવાઓ.
- ૩) અકુદરતી અથવા આકસ્મિક મૃત્યુ નોંઘ માટે ફોર્મ.નં.૨ સાથે P.M રીપોર્ટ, પોલીસ પંચનામુ, ઇન્કવેસ પંચનામુ, F.I.R ની નકલ લાશ સોંપવાની પાવતી વિ. રજુ કરવા.
- ૪) મરણ પ્રમાણપત્ર મરનારનાં નજીકના સગા-સંબંધીને આપી શકાશે.

FORM NO. 4A

(See rule 7)

MEDICAL CERTIFICATION OF CAUSE OF DEATH

[For non-institutional deaths, Not to be used for still births

To be sent to Registrar alongwith Form No.2 (Death Report)]

I hereby certify that the deceased Shri/Smt./Kum. _____ son of / wife of / 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				
	If 1 year or more, age in years	If less than 1 year, age in Months	If Less than one month, age in days	If less than one day, age in hours	
1. Male 2. Female					
CAUSE OF DEATH					Interval between Antecedent condition and death (Approx.)
Part-1 Immediate Cause : State the diseases, injury of complication which caused death, not the mode of dying such as heart failure, asthenia, etc.			(a) _____ Due to (or as a consequence of)		
Antecedent cause : Morbid Conditions, if any, giving rise to the above cause, stating underlying conditions			(b) _____ Due to (or as a consequence of)		
Part-II Other significant conditions contributing to the death but not related to the disease or conditions causing it.			(c) _____		

Manner of Death (Please ✓ Mark) How did the injury occur ?

1. Natural 2. Accident 3. Suicide 4. Homicide 5. Pending investigation

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

Name and Signature of the Medical Attendant certifying the cause of death
Date of Verification _____

(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 admitted to this hospital on _____ and expired on _____

Doctor _____
(Medical Superintendent & Name of Hospital)

FORM NO. 4

(See rule 7)

MEDICAL CERTIFICATION OF CAUSE OF DEATH

(Hospital in-patients, Not to be used for still births)

To be sent to Registrar alongwith Form No.2 (Death Report)

Name of the Hospital _____ I
 hereby certify that the person whose particulars are given below died in the hospital in Ward No.
 _____ on _____ at _____ A.M./P.M.

NAME OF DECEASED					For use of Statistical Office
SEX	Age at death				
	If 1 year or more, age in years	If less than 1 year, age in Months	If Less than one month, age in days	If less than one day, age in hours	
1. Male 2. Female					
CAUSE OF DEATH				Interval between Antecedent condition and death (Approx.)	
I Immediate Cause State the diseases, injury of complication which caused death, not the mode of dying such as heart failure, asthenia, etc.		(a) _____ Due to (or as a consequence of)			
Antecedent cause Morbid Conditions, if any, giving rise to the above cause, stating underlying conditions		(b) _____ Due to (or as a consequence of)			
II Other significant conditions contributing to the death but not related to the disease or conditions causing it.		(c) _____			

Manner of Death (Please ✓ Mark) How did the injury occur ?

1. Natural 2. Accident 3. Suicide 4. Homicide 5. Pending investigation

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

Name and Signature of the Medical Attendant certifying the cause of death
 Date of Verification _____

(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 admitted to
 this hospital on _____ and expired on _____

Doctor _____
 (Medical Superintendent & Name of Hospital)

પ્રતિ
શ્રી મ્યુનિસિપલ કમિશનર સાહેબ,
મહાનગર સેવા સદન,
વસોદરા.

તારીખ:- / /૨૦૧__
નોંધ તારીખ:-
નોંધ ક્રમાંક :-
વોર્ડ :-

વિષય :- મરણ દાખલાની ગુજરાતી નકલ નંગ _____ અંગ્રેજી નકલ નંગ _____ મળવા બાબત.

અરજદાર / Applicant Name : _____

સરનામું / Address : _____

નમ્ર અરજ વિનંતી કે જણાવેલ માહિતી મુજબ દાખલાની નકલ ગુજરાતી _____ અંગ્રેજીમાં _____ આપવા વિનંતી છે.

૧ નકલ દીઠ ૨૦ પેસાની સેટ ફી
ડીક્રીટ લગાડવી

રહેમ લગાવવા માટેની જગ્યા

મરનારનું નામ		પુરુષ / સ્ત્રી		
		Male / Female		
મરણની તારીખ અને સમય	પિતાનું નામ	મરણનું સ્થળ	મરનારની ઉંમર	મરનારનું સરનામું

અરજદારની સહી

Note: This Format is Just for Information.

(In Actual practice Yellow Form should be filled at, Birth & Death Registration Office / Ward Offices, in presence.)

ફોર્મ નં.-૨

દરેક મૃત્યુ નોંધ માટે ભરવું ફરજિયાત છે.

મરણ રિપોર્ટ

કાયદાકીય માહિતી

આ ભાગ મરણ રજિસ્ટર સાથે જોડવો.

દરેક મૃત્યુ નોંધ માટે ભરવું ફરજિયાત છે.

ફોર્મ નં.-૨

મરણ રિપોર્ટ આંકડાકીય માહિતી

આ ભાગ કાપીને ફોર્મ નં.૧૨ માં માસિક સમરી રીપોર્ટ સાથે

તાલુકા રજિસ્ટ્રારને મોકલવો.

માહિતી આપનારે ભરવું		માહિતી આપનારે ભરવું		માહિતી આપનારે ભરવું	
૧. મરણની તારીખ :		૮. મરનારનું રહેઠાણ :		૧૨. મરણનું કારણ તબીબી રીતે પ્રમાણિત થયેલું છે? (√ કરો) :	
૨. (ક) મરનારનું નામ :		(અ) રાજ્યનું નામ : ગુજરાત		૧. હા <input type="checkbox"/> ૨. ના <input type="checkbox"/>	
(ખ) મરનારના પિતા/પતિનું નામ :		(બ) જિલ્લાનું નામ :		૧૩. રોગનું નામ અથવા મરણનું ખરેખર કારણ :-	
(ગ) મરનારના માતાનું નામ :		(ક) તાલુકાનું નામ :		૧૪. જો સ્ત્રી મરણ હોય તો સદરકુ મરણ સઘર્ભાવસ્થામાં પ્રસૂતિ	
૩. મરનારની જાતિ (√ કરો) :	પુરૂષ <input type="checkbox"/> સ્ત્રી <input type="checkbox"/>	(ડ) શહેર/ગામનું નામ :		દરમ્યાન અથવા પ્રસૂતિ બાદ અઠવાડિયામાં થયેલ છે?	
૪. મરનારની ઉંમર :		૯. ધર્મ (√ કરો) :	હિન્દુ <input type="checkbox"/> મુસ્લિમ <input type="checkbox"/>	(√ કરો) : ૧. હા <input type="checkbox"/> ૨. ના <input type="checkbox"/>	
(૧ વર્ષથી વધુ હોય તો પૂરા વર્ષમાં, ૧ વર્ષથી ઓછી હોય તો પૂરા મહિનામાં, ૧ મહિનાથી ઓછી હોય તો પૂરા દિવસોમાં અને જો ૧ દિવસથી ઓછી હોય તો પૂરા કલાકોમાં લખો)		ખ્રિસ્તી <input type="checkbox"/> અન્ય <input type="checkbox"/>		૧૪-અ કમ-૧૪ ની વિગત હા હોય તો મૃતકનું શિક્ષણ સ્તર : (√ કરો)	
૫-અ મરનારનું કાયમી રહેઠાણનું સરનામું :		૧૦. મરનારનો ધંધો :		અભણ <input type="checkbox"/> ધો. ૭ થી ઓછું <input type="checkbox"/>	
૫-બ મૃત્યુ સમયે મરનારનું સરનામું :		૧૧. મરણ પહેલાં કોઈ તબીબી સારવાર મળી હોય તો તેનો પ્રકાર (√ કરો) :		ધો. ૭ થી વધુ અને ધો. ૧૨ થી ઓછું <input type="checkbox"/> ધો. ૧૨ થી વધુ	
૬. મરણનું સ્થળ : ૧. દવાખાનું/સંસ્થા હોય તો નામ સરનામું		૧. સંસ્થાકીય. <input type="checkbox"/>		પણ ગ્રેજ્યુએટથી ઓછું <input type="checkbox"/> ગ્રેજ્યુએટ અને વધુ <input type="checkbox"/>	
૨. ઘર :		૨. અન્ય-સંસ્થાકીય સિવાયની <input type="checkbox"/>		૧૫. મૃતકને ધુમ્રપાન કરવાની ટેવ હોય તો કેટલા વર્ષથી? :	
૩. મરણનું સ્થળ :		૩. તબીબી સારવાર મળી નથી. <input type="checkbox"/>		૧૬. જો કોઈ પણ રીતે તમાકુ ચાવવાની ટેવ હોય તો કેટલા વર્ષથી? :	
૭. માહિતી આપનારનું નામ/સરનામું :				૧૭. સોપારી ખાવાની ટેવ હોય તો (પાન મસાલા સહિત) કેટલા વર્ષથી? :	
તારીખ :	માહિતી આપનારની સહી અથવા ડાબા અંગુઠાનું નિશાન			૧૮. દારૂ પીવાની ટેવ હોય તો કેટલા વર્ષથી? :	
(કોલમ ૧ થી ૧૮ બધાજ પૂર્ણ ભર્યા બાદ, માહિતી આપનારે અહીં તારીખ તથા સહી કરવી.)				(માહિતી ભરવાના કોલમ પૂર્ણ થયા બાદ માહિતી આપનારે ડાબી બાજુ સહી કરવી)	
નોંધણી નંબર	રજિસ્ટ્રારે ભરવું નોંધણી તારીખ જિલ્લો	જિલ્લો :	રજિસ્ટ્રારે ભરવું	નોંધણી તારીખ :	
શહેર/ગામનું નામ :		તાલુકો :	નોંધણી નંબર :	જાતિ : (પુરૂષ/સ્ત્રી જે હોય તે સ્પષ્ટ લખવું)	
રિમાર્ક્સ (જો હોય તો)	રજિસ્ટ્રારનું નામ અને સહી	શહેર/ગામનું નામ :	મરણ તારીખ :	ઉંમર : વર્ષ/માસ/દિવસો/કલાકો (સ્પષ્ટ ઉંમર લખવી)	
		વસતિ ગણતરી મુજબ ગામ/શહેરનો કોડ નં. :	ઉંમર : વર્ષ/માસ/દિવસો/કલાકો (સ્પષ્ટ ઉંમર લખવી)	મરણનું સ્થળ :- ૧. દવાખાનું/સંસ્થા ૨. ઘર ૩. અન્ય સ્થળ	
			રજિસ્ટ્રારનું નામ અને સહી		

ફોર્મ નં. ૨ (જ્યોતિયમ - ૫) મરણ રિપોર્ટ ફોર્મ