

मृत जन्म प्रतिवेदन  
STILL BIRTH REPORT

कानूनी सूचना  
Legal Information

यह भाग मृत जन्म रजिस्टर के साथ जोड़ा जाये  
This part to be added to the Still Birth Register  
सूचना देने वाले द्वारा भरा जाये (To be filled by the informant)

- जन्म तिथि : (सही दिन, महीना और वर्ष लिखें जैसे 1-1-2000)  
Date of Birth: (Enter the exact day, month and year e.g. 1-1-2000)
- लिंग : (पुलिंग या स्त्रीलिंग लिखें) (संक्षिप्त रूप का प्रयोग न करें।)  
Sex: (Enter "male" or "female") (Do not use abbreviation)
- पिता का नाम : (पूरा नाम जैसा कि प्रायः लिखा जाता है)  
Name of the father: (Full name as usually written)
- माता का नाम : (पूरा नाम जैसा कि प्रायः लिखा जाता है)  
Name of the mother: (Full name as usually written)
- जन्म स्थान : (निम्न में से 1 या 2 पर सही का निम्न समायोजित और अस्पताल/संस्था का नाम और घर का पता जहाँ जन्म हुआ है लिखें।)  
Place of birth: (Tick the appropriate entry below and give the name of the Hospital/Institution or the address of the house where the birth took place)

- |   |                  |
|---|------------------|
| 1. अस्पताल/संस्था<br>Hospital/Institution | नाम :<br>Name:   |
| 2. घर<br>House                            | पता :<br>Address |

6. सूचना देने वाले का नाम :  
Informant's Name:  
पता:  
Address:

(कॉलम 1 से 12 भरने के बाद ही सूचना देने वाला हस्ताक्षर और दिनांक लिखेगा।)  
(After completing all columns 1 to 12, informant will put date and signature here.)

दिनांक:  
Date: सूचना देने वाले के हस्ताक्षर अथवा बायें अंगूठे का निशान  
Signature or left thumb mark of the informant

पंजीकरण द्वारा भरा जाये (To be filled by the Registrar)

पंजीकरण संख्या :  
Registration No.: पंजीकरण दिनांक :  
Registration Date:  
पंजीकरण यूनिट :  
Registration Unit: जिला :  
District:  
शहर/गांव :  
Town/Village: तहसील :  
Tahsil:  
विवरण : (यदि कोई हो)  
Remarks: (if any)

पंजीकरण का नाम और हस्ताक्षर एवं मोहर  
Name and Signature of the Registrar & Stamp

मृत जन्म प्रतिवेदन  
STILL BIRTH REPORT

सांख्यिकीय सूचना  
Statistical Information

यह भाग अलग करके सांख्यिकीय कार्यवाही हेतु भेजा जाये  
This part to be detached and sent for statistical processing  
सूचना देने वाले द्वारा भरा जाये (To be filled by the informant)

- माता को निवास का गाँव या गाँव : (स्थान जहाँ माता प्रायः रहती है। यह उस स्थान का विवरण हो सकता है। जहाँ जन्म हुआ है। परन्तु पता लिखना आवश्यक नहीं है।)  
Town or Village of Residence of the mother: (Place where the mother usually lives. This can be different from the place where the delivery occurred. The house address is not required to be entered.)
- शहर/गाँव का नाम :  
Name of Town/Village:
- क्या यह शहर या गाँव है? (निम्न में से एक या दो पर सही का निम्न समायोजित करें।)  
Is it a town or village? (Tick the appropriate entry below)  
1. शहर/Town 2. गाँव/Village
- जिले का नाम / Name of District:
- राज्य का नाम / Name of State:
- माता की आयु इस जन्म के समय : (पूर्ण वर्षों में)  
Age of the mother (in completed years) at the time of this birth:
- माता की शिक्षा का स्तर :  
(शिक्षा का पूर्ण स्तर लिखें अर्थात् यदि कक्षा 7 तक अध्ययन किया है लेकिन केवल कक्षा 6 उत्तीर्ण की हो तो कक्षा 6 लिखें।)  
Mother's level of education: (enter the completed level of education e.g. If studied upto class VII but passed only class VI, write class VI)
- बच्चे को जन्म के समय सहायक : (निम्न में से किसी एक पर सही का निम्न समायोजित करें।)  
Type of attention at delivery: (Tick the appropriate entry below)  
1. संस्थानगत - सरकारी  
Institutional - Government  
2. संस्थानगत - निजी या गैर सरकारी  
Institutional - Private or Non-Government  
3. डॉक्टर, नर्स या प्रशिक्षित मिडवाइफ़  
Doctor, Nurse or Trained midwife  
4. जन्म के समय परम्परागत सहायक  
Traditional Birth Attendant  
5. रिश्तेदार या अन्य  
Relatives or others
- सर्जक प्रसव की अवधि : (सप्ताह में)  
Duration of pregnancy: (in weeks)
- भ्रूण की मृत्यु का कारण : (यदि पता हो)  
Cause of foetal death: (if known)

(सभी कॉलम भरने के बाद बायें ओर हस्ताक्षर करें।)  
(Columns to be filled are over, Now put signature at left)

पंजीकरण द्वारा भरा जाये (To be filled by the Registrar)

नाम  
Name कोड संख्या  
Code No.  
पंजीकरण संख्या :  
Registration No.: पंजीकरण तिथि :  
Registration Date:  
जन्म तिथि :  
Date of Birth:  
लिंग : 1. पुलिंग 2. स्त्रीलिंग  
Sex : Male Female  
जन्म का स्थान : 1. अस्पताल/संस्था 2. घर  
Place of Birth: Hospital/Institution House  
पंजीकरण यूनिट :  
Registration Unit: पंजीकरण का नाम और हस्ताक्षर एवं मोहर  
Name and Signature of the Registrar & Stamp

संयुक्त बच्चों के जन्म होने पर प्रत्येक बच्चे के लिए अलग फॉर्म भरें और जुड़वा जन्म या अधिक जन्म, नीचे बायें बाक्स के विवरण वाले कॉलम में लिखें, जैसी भी स्थिति हो।  
In the case of multiple births, fill in a separate form for each child and write "Twin birth" or "Triple birth" etc. as the case may be, in the remarks column in the box below left.