



## ABSTRACT

Registration of Births and Deaths Rules 2000 – Inclusion of name of wife in Death Reporting Form (Form 2), and Death Certificate (Form 6) – certain amendments - Issued.

### HEALTH AND FAMILY WELFARE (AB2) DEPARTMENT

G.O (Ms) No.409

Dated: 16.12.2014

Thiruvalluvar Aandu 2045

ஜய - மாரீகழி - 1

Read:

1. G.O.(Ms)No.483, Health, dated:17.11.1999.
2. G.O.(Ms)No.528, Health, dated:29.12.1999.
3. From Registrar General of India, Ministry of Home Affairs, Government of India, New Delhi Lr. No.1/7/2011 – VS(CRS)/ Dated 20.05.2013 and 3.06.2013.
4. The Director of Public Health and Preventive Medicine, Chennai-6 letter Ref.No.46205 / SBHI-1 / S1 / 2013, dated 20.06.2013, 6.12.2013, 7.4.2013 and 3.7.2014.

\*\*\*\*\*

### ORDER:-

The system of Birth and Death Registration has been revamped from 1.01.2000 and the Tamil Nadu Registration of Birth and Death Rules, 2000 have been notified in the Government Order first read above. Under the revamped system of Birth and Death Registration, Form 1 to Form 15 to be used in the registration process have also been notified vide the Government Orders first and second read above.

2. In the letter 3<sup>rd</sup> read above, the Registrar General of India, has requested to amend the State Rules for inclusion of name of 'wife' in Death Register Form (Form 2) and Death Certificate (Form 6) and also in Death Register (Form 8). In the letter 4<sup>th</sup> read above, the Director of Public Health and Preventive Medicine has requested the Government to issue necessary order to amend the Rule 5 and 8 of the Tamil Nadu Registration of Birth and Death Rules, 2000 by incorporating name of wife in Death Register Form (Form 2), and Death Certificate (Form 6).

3. The Government after examination accept the amendment, proposed by the Director of Public Health and Preventive Medicine and accordingly Publish in the Tamil Nadu Government Gazette.

4. The following Notification will be published in the Tamil Nadu Government Gazette:-

### NOTIFICATION

In exercise of the powers conferred by section 30 of the Registration of Births and Deaths Act 1969 (Central Act 18 of 1969), the Governor of Tamil Nadu hereby makes the following amendments to the Tamil Nadu Registration of Births and Deaths Rules, 2000 as subsequently amended.

(2/-)

**AMENDMENTS**

**In the said Rules:-**

1) For Form 2, the following form shall be substituted, namely:-

FORM NO.5  
[(see rule 5 (i))]  
DEATH REPORT

Legal Information

Statistical Information

*This part to be added to the Death Registrar*

*This part to be detached and sent for statistical processing*

To be filled by the informant		To be filled by the informant		To be filled by the informant	
1. Date of Death : (Enter the exact day, Mon and year the death took place e.g. 1.1.2000)		11. Town or Village of Residence of the deceased: (Place where the deceased actually lived. This can be different from the place where the death occurred. The house address is not required to be entered). a) Name of Town / Village b) Is it a town or village ( ✓ Tick the appropriate entry below) 1. Town 2. Village c) Name of District: d) Name of State :		15. Was the cause of death medically certified? ( ✓ Tick the appropriate entry below) 1. Yes 2. No	
2. Name of the Deceased: (Full name as usually written)				16. Name of Disease or Actual Cause of Death: (For all deaths irrespective of whether medically certified or not)	
3. Sex of the deceased: (Enter "male" or "female" do not use abbreviation)				17. In case this is a female death, did the death occur while pregnant, at the time of delivery or within 6 weeks after the end of pregnancy. ( ✓ Tick the appropriate entry below). 1. Yes 2. No	
4. Name of Mother:				18. If used to habitually smoke – for how many years?	
5. Name of Father				19. If used to habitually chew tobacco in any form for how many years?	
5a. Name of husband / wife				20. If used to habitually chew arecanut in any form (including pan masala) for how many years?	
6. Age of the deceased: (if the deceased was over 1 year of age, give age in completed years, if the deceased was below 1 year of age, give age in months, and if below 1 month give age in completed number of days, and if below one day, in hours)		12. Religion : ( ✓ Tick the appropriate entry below) 1. Hindu 2. Muslim 3. Christian 4. Any other religion : (write the name of the religion)		21. If used to habitually drink alcohol for how many years?	
7. Address of the deceased at the time of death		13. Occupation of the deceased: (If no occupation write "Nil")			
8. Permanent address of the deceased		14. Type of medical attention received before death (Tick the appropriate entry below): 1. Institutional 2. Medical attention other than institution. 3. No medical attention			
9. Place of death ( ✓ Tick the appropriate entry 1, 2 or 3 below and give the name of the Hospital/Institution of the address of the house where the death took place. If other place, give location) 1. Hospital/ Institution Name: 2. House Address : 3. Other place					
10. Informant's name					
Address :					
(After completing all columns 1 to 21 informant will put date and signature here) Date: _____	Signature or left thumb mark of the informant _____				
					(Columns to be filled are over Now put signature at left)

To be filled by the Register		To be filled by the Registrar	
Registration No	Registration Date	Name	Code No.
Registration Unit	District	District	
Town/Village		Taluk	
Remarks: (if any)		Town / Village	
		Registration Unit.:	
Name and Signature of the Registrar			
		Registration No.	Registration Date
		Date of Death	
		Sex : 1. Male 2. Female	
		Age: _____	Years / Months / days / hours.
		Place of Death : 1. Hospital/Institution	
		2 House 3 Other Place:	
		Name and Signature of the Registrar	

படிவம் -2  
(விதி 5ஐ பார்க்கவும்)  
இறப்பு அறிக்கை

படிவம் எண் -2 இறப்பு அறிக்கை சட்டம் சார்ந்த தகவல்கள் இறந்த பகுதி இறப்பு பதிவேட்டில் சேர்க்கப்பட வேண்டும்	படிவம் எண் -2 இப்பகுதியைப் பிரித்து புள்ளி விவரத் தொகுப்பிற்கு அனுப்ப வேண்டும் புள்ளி விவரத் தகவல்கள்	
<p><b>தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை</b></p> <p>1. இறந்த தேதி ----- (சரியான இறந்த தேதி, மாதம் மற்றும் ஆண்டு குறிப்பிடப்பட வேண்டும்) (உதாரணம் 01.01.2000)</p> <p>2. இறந்தவரின் பெயர் ----- (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)</p> <p>3. இறந்தவரின் பாலினம் ----- (ஆண் அல்லது பெண் என்று முழுமையாக எழுதவும்) (சுருக்கங்களைப் பயன்படுத்தக் கூடாது).</p> <p>4. இறந்தவரின் தாயின் பெயர் ----- (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)</p> <p>5. இறந்தவரின் தந்தையின் பெயர் ----- (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)</p> <p>5-அ. இறந்தவரின் கணவர் / மனைவி பெயர் -----</p> <p>6. இறந்தவரின் வயது (முடிவடைந்த ஆண்டுகளில்); (இறந்தவரின் வயது ஓராண்டிற்கு மேற்பட்டிருந்தால் முடிவடைந்த ஆண்டுகளில் வயதினை எழுதவும் இறந்தவரின் வயது ஒரு வயதுக்குக் குறைவாக இருந்தால், வயதை மாதங்களில் எழுதவும். ஒரு மாதத்திற்கும் குறைவாக இருந்தால், முடிவடைந்த நாட்களில் எழுதவும் ஒரு நாளுக்குக் குறைவாக இருந்தால் மணிகளில் எழுதவும்)</p> <p>7. இறப்பின் போது முகவரி _____</p> <p>8. இறந்தவரின் நிலையான வீட்டு முகவரி _____</p> <p>9. இறந்த இடம் _____</p> <p>(குறியீட்டு எண் 1, 2 அல்லது 3 ஐ (✓) டிக்) குறியிட்டு மருத்துவமனை / நிலையத்தின் பெயர் அல்லது வீட்டின் முகவரியினை எழுதவும். மற்ற இடம் என்றால் 3ல் இடத்தின் பெயரை குறிக்கவும்)</p> <p>1. மருத்துவனை / நிலையம் பெயர் _____</p> <p>2. வீடு _____ முகவரி _____</p> <p>3. மற்ற இடம் _____ இடத்தின் பெயர் _____</p> <p>10. தகவல் தெரிவிப்பவரின் பெயர் _____ முகவரி _____</p> <p>(1 முதல் 21 வரை உள்ள அனைத்து கலங்களையும் நிரப்பியபின், தகவல் தெரிவிப்பவர் கையொப்பமிட்டு தேதியை குறிப்பிடவும்)</p> <p>தகவல் தெரிவிப்பவரது கையொப்பம் (அல்லது) இடது கைபெருவிரல் ரேகையின் பதிவு</p>	<p><b>தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை</b></p> <p>11. இறந்தவர் குடியிருந்த வீடு அமைந்துள்ள நகரம் / கிராமம் _____ (இறந்தவர் வழக்கமாக வசித்த இடம்) (இது இறப்பு நடந்த இடத்திலிருந்து வேறுபட்டதாக இருக்கலாம்) (வீட்டு முகவரியைப் பூர்த்தி செய்யத் தேவையில்லை)</p> <p>(அ) நகரம் / கிராமத்தின் பெயர் _____</p> <p>(ஆ) நகரம் அல்லது கிராமம் (சரியான தகவலை ✓ டிக் செய்யவும்)</p> <p>1. நகரம் 2. கிராமம்</p> <p>(இ) மாவட்டத்தின் பெயர் _____</p> <p>(ஈ) மாநிலத்தின் பெயர் _____</p> <p>12. மதம் _____ (சரியான தகவலை ✓ டிக் செய்யவும்)</p> <p>1. இந்து 2. இஸ்லாம் 3. கிறிஸ்துவம்</p> <p>4. பிற மதம் (பெயரினை எழுதவும்)</p> <p>13. இறந்தவரின் தொழில் (இல்லையெனில், 'இல்லை' என்று குறியிடவும்)</p> <p>14. இறப்பதற்கு முன் மருத்துவ கவனிப்பின் தன்மை (சரியான விவரத்தை (✓) டிக் செய்யவும்)</p> <p>1. மருத்துவ நிலையம்</p> <p>2. மருத்துவ நிலையம் அல்லாத மருத்துவ கவனிப்பு</p> <p>3. மருத்துவ கவனிப்பு ஏதுமில்லை</p>	<p><b>தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை</b></p> <p>15. இறப்பின் காரணத்திற்கு மருத்துவச் சான்று அளிக்கப்பட்டுள்ளதா? (சரியான விவரத்தை ✓ டிக் செய்யவும்)</p> <p>1. ஆம் 2. இல்லை</p> <p>16. நோயின் பெயர் அல்லது இறப்பின் காரணம் (மருத்துவச் சான்று கொடுத்தாலும், இல்லையென்றாலும்)</p> <p>17. இறந்தவர் பெண் என்றால் இறப்பு ஏற்பட்டது கர்ப்பமாக இருந்த போது அல்லது குழந்தை பிறப்பின் போது அல்லது குழந்தை பிறந்து ஆறு வாரங்களுக்குள்ளா? (சரியான விவரத்தை ✓ டிக் செய்யவும்)</p> <p>1. ஆம் 2. இல்லை</p> <p>18. இறந்தவர் வழக்கமாகப் புகை பிடிக்கும் பழக்கம் உள்ளவரா? (அப்படியெனில் எத்தனை ஆண்டுகள் புகை பிடித்தார்)</p> <p>19. இறந்தவர் வழக்கமாகப் புகையிலை உபயோகப்படுத்துவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம்?</p> <p>20. இறந்தவர் பாண்மசாலா போன்றவற்றை வழக்கமாக உபயோகப்படுத்துவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம்?</p> <p>21. இறந்தவர் குடிப்பழக்கம் உள்ளவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம்?</p> <p>(நிரப்பப்பட வேண்டிய கலங்கள் முடிவடைந்தன. இடதுபக்கம் கையொப்பமிடவும்)</p>
<p><b>பதிவாளரால் நிரப்பவேண்டியவை</b></p> <p>பதிவு எண் _____ பதிவு செய்த தேதி _____</p> <p>பதிவுப்பகுதி _____</p> <p>நகரம் / கிராமம் _____ மாவட்டம் _____</p> <p>குறிப்புகள் (எதுவும் இருந்தால்)</p> <p>பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் _____ முகவரி _____</p>	<p><b>பதிவாளரால் நிரப்பவேண்டியவை</b></p> <p>பெயர் _____</p> <p>குறியீட்டு எண் _____</p> <p>மாவட்டம் _____</p> <p>வட்டம் _____</p> <p>நகரம் / கிராமம் _____</p> <p>பதிவுப்பகுதி _____</p>	<p>பதிவு எண் _____ பதிவு செய்த தேதி _____</p> <p>இறந்த தேதி _____</p> <p>வயது (ஆண்டுகள் / மாதம் / நாட்கள் / மணிகள்) _____</p> <p>பாலினம் _____ 1. ஆண் 2. பெண்</p> <p>பிறந்த இடம் _____ 1. மருத்துவமனை / நிலையம் 2. வீடு 3. மற்ற இடம்</p> <p>பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் _____ முகவரி _____</p>

2) For Form 6, the following form shall be substituted, namely:-

**Government of Tamil Nadu**  
**தமிழ்நாடு அரசு**  
**Form No.6 படிவம் எண்.6**

----- துறை

Department of \_\_\_\_\_

**DEATH CERTIFICATE - இறப்பு சான்றிதழ்**

(Issued under section 12/17 of the Registration of Births and Deaths Act 1969 and Rule 8 of Tamil Nadu Registration of Births and Deaths Rules 2000)

கீழ்க்கண்ட தகவல்கள் தமிழ்நாடு மாநிலம் ..... மாவட்டம் ..... வட்டம்  
..... சேர்ந்த அசல் இறப்புப் பதிவேட்டிலிருந்து எடுக்கப்பட்டவை என சான்றிதழ்  
வழங்கப்படுகிறது.

This is to certify that the following information has been taken from the original records of Death which is the register for (local area / local body) ..... of Taluk ..... of District ..... of State TAMIL NADU.

Name / பெயர் : \_\_\_\_\_ Sex / பாலினம் \_\_\_\_\_

Date of Death / இறந்த தேதி : \_\_\_\_\_ Age / வயது \_\_\_\_\_

Place of Death / இறந்த இடம்: \_\_\_\_\_

Name of Mother / தாயின் பெயர்: \_\_\_\_\_

Name of Father / தந்தையின் பெயர் : \_\_\_\_\_

Name of Husband / Wife கணவர் / மனைவி பெயர் \_\_\_\_\_

Address of the deceased at the time of death இறப்பின்போது இறந்தவரின் முகவரி	Permanent address of the deceased இறந்தவரின் நிலையான முகவரி
_____	_____
_____	_____

Registration No. / பதிவு எண் \_\_\_\_\_ Date of Registration / பதிவு செய்த தேதி \_\_\_\_\_

Remarks (If any) / குறிப்புரை (ஏதேனுமிருப்பின்) \_\_\_\_\_

Date of Issue / வழங்கிய நாள் : \_\_\_\_\_

Address of the Issuing Authority  
Seal / முத்திரை சான்றிதழ் அளிப்பவரின் முகவரி

Signature of Issuing Authority  
சான்றிதழ் அளிப்பவரின் கையொப்பம்.

"Ensure registration of every birth and death"  
"ஒவ்வொரு பிறப்பு மற்றும் இறப்பை பதிவு செய்வதை உறுதிசெய்வீர்"

**(BY ORDER OF THE GOVERNOR)**

**J. Radhakrishnan,**  
**Secretary to Government.**

To  
The Director of Public Health and Preventive Medicine, Chennai-6.  
The Director of Stationery and Printing, Chennai-2. (2 copies)  
(To be published in Tamil Nadu Government Gazette)  
The Pay Accounts Officer, Chennai-35/9.  
The Accountant General, Chennai-18.  
The Joint Director (SBHI) Office of the Director of  
Public Health and Preventive Medicine, Chennai-6.  
Registrar General of India, Ministry of Home Affairs,  
Government of India, New Delhi-5.  
District Collectors.  
All Deputy Director of Health Service in all Districts.  
The Commissioner, Corporation of Chennai, Madurai, Coimbatore, Salem, Trichy, Tirunelveli,  
Tiruppur, Thoothukudi, Tanjavur, and Dindugal  
Copy to:  
All Officers in Health and Family Welfare Department, Chennai-9.  
The Revenue Department, Chennai-9.  
The Rural Development & Panchayat Raj Department, Chennai-9.  
The Municipal Administration and Water Supply Department, Chennai-9.  
The Tamil Development and Information Department Chennai-9.  
The Health and Family Welfare (Data Cell) Department, Chennai-9  
SF/SC.

**//Forwarded by Order//**

  
SECTION OFFICER