ABSTRACT

Public Health – State Bureau of Health Intelligence – Registration of Births and Deaths Rules 2000 – Standardization of Birth and Death Registration Form – Inclusion of new type of Form 2 and Form 6 in the Standardized List also to print and supply of Forms - – Orders – Issued.

HEALTH AND FAMILY WELFARE (AB2) DEPARTMENT

G.O (Ms) No.410

Dated: 16.12.2014
Thiruvalluvar Aandu 2045
ஜய – மார்கழி - 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. G.O.(Ms)No.387, Health, dated:22.11.2000.
4. G.O.(Ms)No.409, Health, dated:13.12.2004
5. The Director of Public Health and Preventive Medicine, Chennai-6 letter Ref.No.46205 / SBHI-1 / S1 / 2012, dated 20.06.2013, 6.12.2013 and 7.4.2013.
6. G.O.(Ms) No.409, Health and Family Welfare Department, dated:16.12.2014.

****

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 which have been also notified as in the Government Orders first and second read above.

2. Various reporting forms under Registration of Birth and Death have already been standardized in the Government Orders 3rd and 4th above. The printing and supply of form has been entrusted to the Director of Stationery and Printing, Chennai.

3. In G.O. 6th read above, orders have been issued to amend the rule 5 and Rule 8 of the Tamil Nadu Birth and Death Registration Rules 2000 for introducing a new type of Form 2, Form 6 for inclusion of name of wife. The Director of Public Health and Preventive Medicine has requested the Government to issue orders to the Director of Stationery and Printing to include the said new type of Form 2 and Form 6 for inclusion of name of wife in the standardized list of Revenue forms and also to print and supply this form under standardized list every year and distribute it to the District Collector as indent placed by the Tahsildar / Collectors.

(P.T.O.)

4. The Government examined the proposal of the Director of Public Health and Preventive Medicine and Tamil Nadu Chief Registrar of Birth and Death and decided to accept the same. Accordingly the Government direct the Director of Stationery and Printing to include the new type of Form 2 and Form 6 for inclusion of name of wife in the standardized list of Revenue Form and to print in A3 size in Tamil and use the quality paper of Type 2 and Grade 2 and supply these forms under standardized list every year to the District Collector as per indent placed by the Tahsildar / Collectors. The specimen copy of Form 2, and Form 6 prepared, based on pattern prescribed by the Registrar General of India is Annexed this order as I & II.

5. This order issues with the concurrence of Tamil Development and Information Department vide its U.O. No.19371/S&P-II/2014, dated 11.12.2014.

(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.
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.
All District Collectors
All Deputy Director of Health Service, in all Districts,
The Commissioner, Corporation of Chennai, Madurai, Coimbatore, Salem, Trichy, Tiruneveli, Tiruppur, Thoothukudi, Thanjavur,and Dindigal
Copy to:
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

ANNEXURE-II

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 record 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 the Mother / தாயின் பெயர் : ____________________

Name of the Father / தந்தையின் பெயர் : ____________________

Name of the Husband / Wife கணவர் / மனைவியின் பெயர் : ____________________

Address of the deceased at the time of death/Permanent address of the deceased/
இறப்பின்போது இறந்தவரின் முகவரி | 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"

J. Radhakrishnan,
Secretary to Government.

//TRUE COPY//

SECTION OFFICER

ANNEXURE-I

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

Legal Information

This part to be added to the Death Registrar

This part to be described and seen for statistical processing

To be filled by the informant

1. Date of Death : (Enter the exact day, Month and year the death look place e.g. 1.1.2000)
2. Name of the Deceased: (Full name as usually written)
3. Sex of the deceased: (Enter "male" or "female" do not use abbreviation)
4. Name of Mother:
5. Name of Father

5a. Name of husband / wife

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)
7. Address of the deceased at the time of death
8. Permanent address of the deceased
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

To be detached and sent for statistical processing

To be filled by the informant

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 :
12. Religion : (✔ Tick the appropriate entry below)
    1. Hindu 2. Muslim 3. Christian
    1. Any other religion : (while the name of the religion)
13. Occupation of the deceased: (If no occupation while 'Nil"
14. Type of medical attention received below death (✔ Tick the appropriate entry below:
    1. Institutional
    2. Medical attention other than institution.
    3. No medical attention

To be filled by the informant

15. Was the cause of death medically certified? (✔ Tick the appropriate entry below)
    1. Yes 2. No
16. Name of Disease or Actual Cause of Death: (For all deaths irrespective of whether medically certified or not)
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
18. If used to habitually smoke – for how many years?
19. If used to habitually chew tobacco in any form for how many years?
20. If used to habitually chew arecanut in any form (including pan masala) for how many years?.
21. If used to habitually drink alcohol for how many years?

(Continue 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 Registration Unit Town/Village — District Remarks: (if any) Name and Signature of the Registrar	Name — Code No. Taluk Town / Village Registration Unit.:	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

J. Radhakrishnan,
Secretary to Government.

//TRUE COPY//

SECTION OFFICER

படிவம் எண் –2

(விதி 5ஐ பார்க்கவும்)

இறப்பு அறிக்கை

படிவம் எண் –2 **இறப்பு அறிக்கை** சட்டம் சார்ந்த தகவல்கள் இந்தப் பகுதி இறப்புப் பதிவேட்டில் சேர்க்கப்பட வேண்டும்	படிவம் எண் –2 (இப்பகுதியைப் பிரித்து புள்ளி விவரத் தொகுப்பிற்கு அனுப்ப வேண்டும்) புள்ளி விவரத் தகவல்கள்	

தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை

1. இறந்த தேதி ----------------------------
(சரியான இறந்த தேதி, மாதம் மற்றும் ஆண்டு
குறிப்பிடப்பட வேண்டும்) (உதாரணம் 01.01.2000)

2. இறந்தவரின் பெயர் ----------------------------
(வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)

3. இறந்தவரின் பாலினம் ----------------------------
(ஆண் அல்லது பெண் என்று
முழுமையாக எழுதவும்)
(சுருக்கங்களைப் பயன்படுத்தக் கூடாது).

4. இறந்தவரின் தாயின் பெயர் ----------------------------
(வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)

5. இறந்தவரின் தந்தையின் பெயர் ____________________
(வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)

5.அ. இறந்தவரின் கணவர் / மனைவி பெயர் ----------------------------

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)

7. இறப்பின் போது முகவரி

8. இறந்தவரின் நிலையான வீட்டு முகவரி

9. இறந்த இடம் ____________________
(குறியீட்டு எண் 1, 2 அல்லது 3 ஐ (✔ டிக்) குறியிட்டு மருத்துவமனை / நிலையத்தின் பெயர் அல்லது வீட்டின் முகவரியினை எழுதவும். மற்ற இடம் என்றால் 3ல் இடத்தின் பெயரை குறிக்கவும்)
1. மருத்துவனை / நிலையம் பெயர் ____________________
2. வீடு முகவரி ____________________
3. மற்ற இடம் இடத்தின் பெயர்

10. தகவல் தெரிவிப்பவரின் பெயர் ____________________
முகவரி ____________________

(1 முதல் 21 வரை உள்ள அனைத்து கலங்களையும்
நிரப்பியபின், தகவல் தெரிவிப்பவர் கையொப்பமிட்டு
தேதியை குறிப்பிடவும்)

தேதி — தகவல் தெரிவிப்பவரது கையொப்பம்
(அல்லது) இடது கைபெருவிரல் ரேகையின் பதிவு

தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை

11. இறந்தவர் குடியிருந்த வீடு அமைந்துள்ள நகரம் / கிராமம்
(இறந்தவர் வழக்கமாக வசித்த இடம்)
(இது இறப்பு நடந்த இடத்திலிருந்து வேறுபட்டதாக இருக்கலாம்)
(வீட்டு முகவரியைப் பூர்த்தி செய்யத் தேவையில்லை)

(அ) நகரம் / கிராமத்தின் பெயர்

(ஆ) நகரம் அல்லது கிராமம் (சரியான தகவலை ✔ டிக் செய்யவும்)
1. நகரம் 2. கிராமம்

(இ) மாவட்டத்தின் பெயர்

(ஈ) மாநிலத்தின் பெயர்

12. மதம்
(சரியான தகவலை டிக் செய்யவும்)
1. இந்து 2. இஸ்லாம் 3. கிறிஸ்துவம்
4. பிற மதம் (பெயரினை எழுதவும்)

13. இறந்தவரின் தொழில்
(இல்லையெனில், 'இல்லை' என்று குறிப்பிடவும்)

14. இறப்பதற்கு முன் மருத்துவ கவனிப்பின் தன்மை
(சரியான விவரத்தை (✔ டிக்) செய்யவும்)
1. மருத்துவ நிலையம்
2. மருத்துவ நிலையம் அல்லாத மருத்துவ கவனிப்பு
3. மருத்துவ கவனிப்பு ஏதுமில்லை

தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை

15. இறப்பின் காரணத்திற்கு மருத்துவச் சான்று அளிக்கப்பட்டுள்ளதா ?
(சரியான விவரத்தை ✔ டிக் செய்யவும்)
1. ஆம் 2. இல்லை

16. நோயின் பெயர் அல்லது இறப்பின் காரணம்
(மருத்துவச் சான்று கொடுத்தாலும், இல்லையென்றாலும்)

17. இறந்தவர் பெண் என்றால் இறப்பு ஏற்பட்டது கர்ப்பமாக இருந்த போதா அல்லது குழந்தை பிறப்பின் போதா அல்லது குழந்தை பிறந்து ஆறு வாரங்களுக்குள்ளா ?
(சரியான விவரத்தை ✔ டிக் செய்யவும்)
1. ஆம் 2. இல்லை

18. இறந்தவர் வழக்கமாகப் புகை பிடிக்கும் பழக்கம் உள்ளவரா ?
(அப்படியெனில் எத்தனை ஆண்டுகள் புகை பிடித்தார்)

19. இறந்தவர் வழக்கமாகப் புகையிலை உபயோகப்படுத்துவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம் ?

20. இறந்தவர் பான்மசாலா போன்றவற்றை வழக்கமாக உபயோகப்படுத்துவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம் ?

21. இறந்தவர் குடிப்பழக்கம் உள்ளவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம் ?

(நிரப்பப்பட வேண்டிய கலங்கள் முடிவடைந்தன. இடதுபக்கம் கையொப்பமிடவும்)

பதிவாளரால் நிரப்படவேண்டியவை

பதிவு எண் — பதிவு செய்த தேதி
பதிவுப்பகுதி
நகரம் / கிராமம் — மாவட்டம்
குறிப்புகள் (எதுவும் இருந்தால்)
பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் — முகவரி

பதிவாளரால் நிரப்படவேண்டியவை

பெயர் — குறியீட்டு எண்
மாவட்டம்
வட்டம்
நகரம் / கிராமம்
பதிவுப்பகுதி

பதிவு எண் — பதிவு செய்த தேதி
இறந்த தேதி
வயது (ஆண்டுகள் / மாதம் / நாட்கள் / மணிகள்)
பாலினம் 1. ஆண் 2. பெண்
பிறந்த இடம் 1. மருத்துவமனை / நிலையம்
2. வீடு 3. மற்ற இடம்
பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம்
முகவரி

J. Radhakrishnan,
Secretary to Government.

//TRUE COPY//

SECTION OFFICER