



# TAMIL NADU GOVERNMENT GAZETTE

PUBLISHED BY AUTHORITY

No. 46]

CHENNAI, WEDNESDAY, NOVEMBER 13, 2019  
Aippasi 27, Vikari, Thiruvalluvar Aandu-2050

## Part III—Section 1(a)

General Statutory Rules, Notifications, Orders, Regulations, etc.,  
issued by Secretariat Departments.

---

### NOTIFICATIONS BY GOVERNMENT

---

### CONTENTS

	<i>Pages.</i>
HEALTH AND FAMILY WELFARE DEPARTMENT	
Amendment to the Tamil Nadu Registration of Birth and Death Rules .. .. .	118-119

**NOTIFICATIONS BY GOVERNMENT**

**HEALTH AND FAMILY WELFARE DEPARTMENT**

**Amendment to the Tamil Nadu Registration of Birth and Death Rules.**

[G.O. Ms. No. 384, Health and Family Welfare (AB2), 27th August 2019, ஆவணி 10, விகாரி, திருவள்ளூர் ஆண்டு-2050.]

No. SRO A-42/2019.—In exercise of the powers conferred by sub-section (1) of 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 amendment to the Tamil Nadu Registration of Birth and Death Rules, 2000 as subsequently amended.

**AMENDMENT**

In the said Rules, in the Annexure, for Form No. 2, the following Form shall be substituted, namely:-

**FORM No. 2**

[See rule 5(1)]

Form No. 2 Death Report Legal Information This part to be added to the Death Register	Form No. 2 This part to be detached and sent for statistical processing Death Report (Statistical Information)	Form No. 2
<p>To be filled by the informant</p> <p>1. Date of Death: _____ (Enter the exact day, month and year the death took place) (e.g. 1.1.2000)</p> <p>2. Name of the Deceased: _____ (Full name as usually written) UID No. of deceased (if any) [ ]</p> <p>3. Sex of the deceased: (Enter Male/Female/Transgender) (do not use abbreviation)</p> <p>4. Name of the Mother: _____ UID No. of the Mother (if any) [ ]</p> <p>5. Name of the Father: _____ UID No. of Father (if any) [ ]</p> <p>5(a) Name of Husband/Wife: _____ UID No. of Husband/Wife (if any) [ ]</p> <p>5(b) Age of Husband/Wife: _____</p> <p>5(c) Contact details of Husband/Wife: _____</p> <p>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)</p> <p>7. Address of the deceased at the time of death: _____</p> <p>8. Permanent address of the deceased: _____</p> <p>9. Place of death: _____ (Tick the appropriate entry 1, 2 or 3 below and give the name of the Hospital/Institution or the address of the house where the death took place. If other place, give location)</p> <p>1. Hospital / Institution Name: _____</p> <p>2. House Address: _____</p> <p>3. Other Place: _____</p> <p>10. Informant's Name: _____ Address: _____ (After completing all columns 1 to 21, informant will put date and signature here:)</p> <p>Date: _____ Signature or left thumb mark of the informant</p>	<p>To be filled by the Informant</p> <p>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.)</p> <p>a) Name of Town/Village: _____</p> <p>b) Is it a town or Village: tick the appropriate entry below 1. Town 2. Village</p> <p>c) Name of District: _____</p> <p>d) Name of State: _____</p> <p>12. Religion (Tick the appropriate entry below) 1. Hindu 2. Muslim 3. Christian 4. Any other religion: (write the name of the religion)</p> <p>13. Occupation of the deceased: (If no occupation write 'Nil')</p> <p>14. Type of medical attention received before death: (Tick the appropriate entry below)</p> <p>1. Institutional 2. Medical attention other than institution 3. No Medical attention</p>	<p>To be filled by the informant</p> <p>15. Was the cause of death medically certified? (Tick the appropriate entry below) 1. Yes 2. No.</p> <p>16. Name of Disease or Actual Cause of Death: (for all deaths irrespective of whether medically certified or not)</p> <p>17. In case this is a female death, did the death occur while pregnant, at the time of delivery or within 6 weeks after end of pregnancy: (Tick the appropriate entry below) 1. Yes 2. No</p> <p>18. If used to habitually smoke for how many years?</p> <p>19. If used to habitually chew tobacco in any form - For how many years?</p> <p>20. If used to habitually chew arecanut in any form (including pan masala) For how many years?</p> <p>21. If used to habitually drink alcohol for how many years?</p> <p>(Column to be filled are over, Now put signature at left)</p>
<p>To be filled by the Registrar</p> <p>Registration No: _____ Registration Date: _____</p> <p>Registration Unit: _____ District: _____</p> <p>Town / Village: _____</p> <p>Remarks (if any) _____</p> <p align="right">Name and Signature of the Registrar</p>	<p>To be filled by the Registrar</p> <p>Name: _____ Code No. _____</p> <p>District: _____</p> <p>Taluk: _____</p> <p>Town/Village: _____</p> <p>Registration Unit: _____</p>	<p>the Registrar</p> <p>Registration No: _____ Registration Date: _____</p> <p>Date of Death: _____</p> <p>Sex: 1. Male 2. Female 3. Transgender</p> <p>Age: Years/months/days/hours</p> <p>Place of Death: 1. Hospital/Institution 2. House 3. Other place</p> <p align="right">Name and Signature of the Registrar</p>

**படிவம் எண்-2  
(விதி 5(1)ஐ பிரித்து பார்க்கவும்)**

<p>படிவம் எண்-2 இறப்பு அறிக்கை சட்டம் சார்ந்த தகவல்கள் இந்தப் பகுதி இறப்புப் பதிவேட்டில் சேர்க்கப்பட வேண்டும்</p>	<p>(இப்பகுதியைப் பிரித்து விவரத் தொகுப்பிற்கு அனுப்ப வேண்டும்) இறப்பு அறிக்கை புள்ளி விவரத் தகவல்கள்</p>	<p>படிவம் எண்-2</p>
<p align="center"><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) ஆதார் எண் இருப்பின் _____</p> <p>3. இறந்தவரின் பாலினம் ஆண் / பெண் / திருநங்கை (என்று முழுமையாக எழுதவும்) (சுருக்கங்களைப் பயன்படுத்தக் கூடாது).</p> <p>4. இறந்தவரின் தாயின் பெயர் (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) ஆதார் எண் இருப்பின் _____</p> <p>5. இறந்தவரின் தந்தையின் பெயர் (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) ஆதார் எண் இருப்பின் _____</p> <p>5 (அ) இறந்தவரின் கணவர் / மனைவி பெயர் (வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்) கணவர் / மனைவியின் ஆதார் எண் இருப்பின் _____</p> <p>5 (ஆ) இறந்தவரின் கணவர்/மனைவி வயது</p> <p>5 (இ) இறந்தவரின் கணவர்/மனைவி தொடர்பு விவரங்கள்</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 நாட்களை 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 (குறியீட்டு எண் 1, 2 அல்லது 3ஐ (டிக்க) குறியீட்டு மருத்துவமனை / நிலையத்தின் பெயர் அல்லது வீட்டின் முகவரியினை எழுதவும். மற்ற இடம் என்றால் 3ல் இடத்தின் பெயரை குறிக்கவும்.) 1. மருத்துவமனை / நிலையம் பெயர் _____ 2. வீட்டு முகவரி _____ 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 align="right">தேதி _____ தகவல் தெரிவிப்பவரது கையொப்பம் (அல்லது) இடது கை பெருவிரல் ரேகையின் பதிவு</p>	<p align="center"><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 குறியிடவும்) 1. நகரம் 2. கிராமம்</p> <p>(இ) மாவட்டத்தின் பெயர்</p> <p>(ஈ) மாநிலத்தின் பெயர்</p> <p>12. மதம் (சரியான தகவலை டிக் குறியிடவும்) 1. இந்து 2. இஸ்லாம் 3. கிறிஸ்துவம் 4. பிற மதம் (பெயரினை எழுதவும்)</p> <p>13. இறந்தவரின் தொழில் (இல்லையெனில், 'இல்லை' என்று குறியிடவும்)</p> <p>14. இறப்பதற்கு முன் மருத்துவ கவனிப்பின் தன்மை சரியான விவரத்தை (டிக்க) குறியிடவும் 1. மருத்துவ நிலையம் 2. மருத்துவ நிலையம் அல்லாத மருத்துவ கவனிப்பு 3. மருத்துவ கவனிப்பு எதுமில்லை</p>	<p align="center"><b>தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை</b></p> <p>15. இறப்பின் காரணத்திற்கு மருத்துவச் சான்று அளிக்கப்பட்டுள்ளதா? (சரியான விவரத்தை டிக் குறியிடவும்) 1. ஆம் 2. இல்லை</p> <p>16. நோயின் பெயர் அல்லது இறப்பின் காரணம் (மருத்துவச் சான்று கொடுத்தாலும், இல்லை யென்றாலும்)</p> <p>17. இறந்தவர் பெண் என்றால் இறப்பு ஏற்பட்டது காப்பமாக இருந்த போதா அல்லது குழந்தை பிறப்பின் போதா அல்லது குழந்தை பிறந்து ஆறு வாரங்களுக்குள்ளா? (சரியான விவரத்தை டிக் குறியிடவும்) 1. ஆம் 2. இல்லை</p> <p>18. இறந்தவர் வழக்கமாகப் புகை பிடிக்கும் பழக்கம் உள்ளவரா? (அப்படியெனில் எத்தனை ஆண்டுகள் பிடித்தார்)</p> <p>19. இறந்தவர் வழக்கமாகப் புகையிலை உபயோகப்படுத்துவாராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம்?</p> <p>20. இறந்தவர் பான்மசாலா போன்றவற்றை வழக்கமாக உபயோகப்படுத்துவாராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம்?</p> <p>21. இறந்தவர் குடிப்பழக்கம் உள்ளவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம்?</p> <p align="right">(நிரப்பப்பட வேண்டிய கலங்கள் முடிவடைந்தன. இடதுபக்கம் கையொப்பமிடவும்.)</p>
<p align="center"><b>பதிவாளரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை</b></p> <p>பதிவு எண் _____ பதிவுப்பகுதி _____ நகரம்/கிராமம் _____ குறிப்புகள் (எதுவும் இருந்தால்) _____ பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் _____ முகவரி _____</p>	<p align="center"><b>பதிவாளரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை</b></p> <p>பெயர் _____ மாவட்டம் _____ வட்டம் _____ நகரம்/கிராமம் _____ பதிவுப்பகுதி _____</p>	<p align="center"><b>வேண்டியவை</b></p> <p>பதிவு எண் _____ பதிவு செய்த தேதி _____ இறந்த தேதி _____ பாலினம் 1. ஆண் 2. பெண் 3. திருநங்கை வயது (ஆண்டுகள்/மாதம் / நாட்கள்/ மணி) பிறந்த இடம் 1. மருத்துவமனை/நிலையம் 2. வீட்டு 3. மற்ற இடம் _____ பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம் முகவரி _____</p>

BEELA RAJESH,  
Secretary to Government.