

FORM NO.8
(See Rule 12)
DEATH REGISTER
Legal information

This part to be added to the Death Register

To be filled by the informant	
1.	Date of Death <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.	Deceased's Details:-
(a)	Name: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(b)	Aadhaar No., if available: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(c)	Date of Birth : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(d)	Age: <input type="text"/>
3.	Sex (Enter "Male" or "Female" or "Transgender person") :
4.	Mother's Details:-
(a)	Name: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(b)	Aadhaar No., if available: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(c)	Mobile No: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(d)	Email Id: <input type="text"/>
5.	Father's Details:-
(a)	Name: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(b)	Aadhaar No., if available: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(c)	Mobile No: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(d)	Email Id: <input type="text"/>
6.	Spouse's (husband / wife) Details:-
(a)	Name: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(b)	Aadhaar No., if available: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(c)	Date of Birth : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(d)	Age (in completed years): <input type="text"/>
(e)	Mobile No: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(f)	Email Id: <input type="text"/>
7.	Address of the deceased at the time of death: House No: <input type="text"/> Locality: <input type="text"/> Ward number (in case of town and if available): <input type="text"/> Town or Village: <input type="text"/> Sub-district: <input type="text"/> District: <input type="text"/> State or Union Territory: <input type="text"/> PIN Code: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8.	Permanent address of the deceased: House No: <input type="text"/> Locality: <input type="text"/> Ward number (in case of town and if available): <input type="text"/> Town or Village: <input type="text"/> Sub-district: <input type="text"/> District: <input type="text"/> State or Union Territory: <input type="text"/> PIN Code: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9.	Place of death (Tick the appropriate entry 1 or 2 or 3 below and give the name and address of the "Hospital / Institution" or the address of the "House" or "Other place" where the birth took place) : 1. Hospital / Institution <input type="checkbox"/> Name : <input type="text"/> 2. House <input type="checkbox"/> 3. Other place <input type="checkbox"/> Address : House No: <input type="text"/> Locality: <input type="text"/> Ward number (in case of town and if available): <input type="text"/> Town or Village: <input type="text"/> Sub-district: <input type="text"/> District: <input type="text"/> State or Union Territory: <input type="text"/> PIN Code: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10.	Informant's Details:-
(a)	Name: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(b)	Aadhaar No., if available: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(c)	Mobile No: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(d)	Email Id: <input type="text"/>
(e)	Address : House No.: <input type="text"/> Locality: <input type="text"/> Ward number (in case of town and if available): <input type="text"/> Town or Village: <input type="text"/> Sub-district: <input type="text"/> District: <input type="text"/> State or Union Territory: <input type="text"/> PIN Code: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
DECLARATION: <input type="checkbox"/> I have furnished true information to the best of my knowledge and belief. I am aware of the penalties under section 23 of the Registration of Births and Deaths (Amendment) Act, 2023 for submitting false information. Also, I give consent, under Aadhaar (Targeted Delivery of Financial and Other Subsidies, benefits and Services) Act, 2016, for authenticating identity by way of Aadhaar authentication. <input type="checkbox"/> To the best of my knowledge and information, the detail of Aadhaar of the deceased is not available.	
(After completing all columns 1 to 21, informant will put date and signature)	
Date: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Signature or left thumb mark of the informant
To be filled by the Registrar	
Registration No. : <input type="text"/>	
Registration Date: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Registration Unit : <input type="text"/>	
Town / Village: <input type="text"/> Sub-District: <input type="text"/> District: <input type="text"/>	
Remarks (if any): <input type="text"/>	
Cause of death (As per Form 4 / 4A): <input type="text"/>	
Name and Signature of the Registrar	