

## પરિશિષ્ટ-૩

### કોવિડ-૧૯થી મૃત્યુ અંગેનો સત્તાવાર દસ્તાવેજ (Official Document for COVID-19 Death) મેળવવા માટેનું અરજી ફોર્મ.

અરજદારનું પુરૂ નામ : .....

સરનામું : .....

.....

ઈ-મેઈલ : .....

મોબાઈલ નંબર : .....

તારીખ : .....

પ્રતિ,  
નાયબ મ્યુનિસિપલ કમિશ્નરશ્રી (હેલ્થ એન્ડ હોસ્પિટલ),  
સુરત મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશન

#### વિષય :- કોવિડ-૧૯ થી મૃત્યુ અંગેનો સત્તાવાર દસ્તાવેજ Official Document for COVID-19 Death મળવા બાબત.

મહાશય,

સવિનય ઉપરોક્ત વિષયે જણાવવાનું કે અમો અરજદાર .....

ઉંમર ..... વર્ષ, ધંધો....., ધર્મ..... ઉપરોક્ત સરનામે રહીએ છીએ. નીચે દર્શાવેલ મૃતક  
અમારે સંબંધમાં..... થાય છે.

મારા કુટુંબના સભ્ય ..... (મૃતકનું નામ)નું  
મૃત્યુ તારીખ ..... ના રોજ ..... મુકામે થયેલ હતું. જેના મરણની નોંધ સંબંધિત  
જન્મ-મરણ રજીસ્ટ્રાર દ્વારા કરવામાં આવેલ છે. જેની વિગત નીચે મુજબ છે.

(૧) મરનારનું પુરૂ નામ : .....

(૨) મરણની તારીખ : .....

(૩) મરણનું સ્થળ : .....

.....  
(જો હોસ્પિટલમાં થયેલ હોય, તો તેનું નામ સરનામા સાથેની વિગતો ભરવી.)

(૪) મરણ નોંધણી ક્રમાંક : ..... (૫) મરણ નોંધણી તારીખ : .....

મરણ પામનાર ઉપરોક્ત મૃતકના મરણના કારણ સંબંધી કોવિડ-૧૯થી મૃત્યુ અંગેનો સત્તાવાર દસ્તાવેજ (Official Document for COVID-19 Death) અમો મેળવવા માંગતા હોય, અમારી રજૂઆત આ અંગે સરકારશ્રી દ્વારા નિયત કરવામાં આવેલ સમિતિ સમક્ષ વિચારણા અર્થે મોકલી આપવા વિનંતી છે. આ સાથે ચેકલીસ્ટ મુજબના આધાર પુરાવા સદર કામે રજૂ કરું છું. જે ધ્યાને લેવા વિનંતી. વધુમાં, હું જણાવું છું, કે ઉપરોક્ત રજૂ કરેલ વિગતો મારી જાણ, સમજ મુજબ ખરી છે, જેની હું ખાતરી આપું છું તથા કોઈ પણ તબક્કે ખરી ન હોવાનું માલુમ પડેથી સરકારશ્રી મારી વિરુદ્ધ નિયમોનુસારની કાર્યવાહી કરી શકે છે, તે હું જાણું અને તે માટે બંધાઉં છું.

અરજદારની સહી અથવા અંગુઠાનું નિશાન

### બીડાણ :- ચેકલીસ્ટની યાદી

૧. મૃતકનું મરણનું પ્રમાણપત્ર
૨. અપ્રાપ્ય પ્રમાણપત્ર અથવા જન્મ-મરણ રજીસ્ટ્રાર દ્વારા કાઢી આપેલ Medical Certificate of Cause of Death(MCCD) ફોર્મ ૪/૪-એની પ્રમાણિત નકલ (જેમાં દર્શાવેલ મૃત્યુના કારણ સામે વાંધો હોય)
૩. હોસ્પિટલમાંથી મળેલ મૃત્યુના કારણ અંગેનું પ્રમાણપત્ર (જો આપવામાં આવ્યું હોય તેવા કિસ્સામાં)
૪. ઈન્ડોર કેસ પેપર (દાખલ દર્દીના કિસ્સામાં)
૫. ઘરે મૃત્યુ થયું હોય તેવા કિસ્સામાં દર્દીએ જે તબીબની સારવાર લીધી હોય તેવી સારવારની વિગતો
૬. દર્દીના કરવામાં આવેલ વિવિધ નિદાન જેવા કે લેબોરેટરી પરીક્ષણ, રેડીયોલોજી પરીક્ષણના પુરાવાઓ

**નોંધ :** અરજદારશ્રીએ ઉપરોક્ત લાગુ પડતા પુરાવાઓ રજૂ કરવાના રહેશે તેમજ જરૂર જણાયે આ અંગે આ સિવાયના વધુ પુરાવા રજૂ કરવા માંગતા હોય તો તે રજૂ કરી શકશે.