

ପ୍ରାପ୍ତେଷୁ,

ଶ୍ରୀଯୁକ୍ତ ଜିଲ୍ଲାପାଳ ତଥା ଜିଲ୍ଲା ମାଜିଷ୍ଟ୍ରେଟ୍, ଜିଲ୍ଲା ।
ଶ୍ରୀଯୁକ୍ତ ମହାନଗର ନିଗମ ଆୟୁକ୍ତ ମହାନଗର ନିଗମ ।

(ବିଷୟ : କୋଭିଡ୍-୧୯ ମୃତ୍ୟୁ ସରକାରୀ ଦଲିଲ ପାଇଁ ଆବେଦନ)

ମହାଶୟ/ ମହାଶୟା,

ଶ୍ରୀ/ଶ୍ରୀମତୀ/କୁମାରୀ ଯିଏକି ମୋର
ସ୍ବାମୀ/ସ୍ତ୍ରୀ/ପୁତ୍ର/କନ୍ୟା/ (ଅନ୍ୟ କୌଣସି ସଂପର୍କୀୟ ହୋଇଥିଲେ ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ)
ଙ୍କର କୋଭିଡ୍-୧୯ ମୃତ୍ୟୁ, ସରକାରୀ ଦଲିଲ ପାଇବା ନିମନ୍ତେ ଏହି ଆବେଦନ ପତ୍ର ଦାଖଲ କରୁଛି ।

ମୁଁ ଉପରୋକ୍ତ ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ପରବର୍ତ୍ତୀ ସଂପର୍କୀୟ (Next of Kin) ଅଟେ, ତେଣୁ ଉକ୍ତ ଦଲିଲ ପ୍ରାପ୍ତି ନିମନ୍ତେ ଦରଖାସ୍ତ କରିବା ପାଇଁ ହକ୍ଦାର ଅଟେ ।

ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ନିମ୍ନରେ ପ୍ରଦାନ କରାଗଲା :-

- ୧. ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ :
- ୨. ଲିଙ୍ଗ (ପୁରୁଷ/ମହିଳା) :
- ୩. ବୟସ (ବର୍ଷରେ) :
- ୪. ମୃତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ଆଧାର ସଂଖ୍ୟା (୧୨ ସଂଖ୍ୟା ବିଶିଷ୍ଟ) :
- ୫. ମୃତକଙ୍କ ପିତା/ମାତା/ସ୍ବାମୀଙ୍କ ନାମ :
- ୬. ମୃତ୍ୟୁର ତାରିଖ : , ମୃତ୍ୟୁର ସମୟ:
- ୭. ମୃତ୍ୟୁର ସ୍ଥାନ : (ଡାକ୍ତରଖାନା/ଗୃହ/ଅନ୍ୟସ୍ଥାନ)
- ୮. ମୃତ୍ୟୁର କାରଣ :

(ଏହି କାଗଜାତ୍ ଉପଲବ୍ଧ ଥିଲେ ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ)

କ. ପରୀକ୍ଷା ରିପୋର୍ଟ, କୋଭିଡ୍-୧୯ ପରୀକ୍ଷା ରିପୋର୍ଟ

ଖ. ସେ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ଅନ୍ୟ କୌଣସି କାଗଜାତ୍ :

୯. ଜନ୍ମ ମୃତ୍ୟୁ ପଞ୍ଜୀକରଣ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ଠାରୁ ପ୍ରାପ୍ତ ହୋଇଥିବା ମୃତ୍ୟୁ ପ୍ରମାଣ ପତ୍ରର ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ :

ମୃତ୍ୟୁ ପ୍ରମାଣପତ୍ର ନଂ :- ତାରିଖ :

ମୃତ୍ୟୁ ପ୍ରମାଣପତ୍ର ପ୍ରଦାନ ଅଧିକାରୀ :

(ଏକ ଫଟୋ କପି ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ)

୧୦. ମୃତକଙ୍କ ମୃତ ପୂର୍ବ ବାସସ୍ଥାନ ଠିକଣା :

୧୧. କୋଭିଡ୍-୧୯ ପରୀକ୍ଷା ର ତାରିଖ :- (ରିପୋର୍ଟ ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ)

କୋଭିଡ୍-୧୯ ପରୀକ୍ଷା- ପଜିଟିଭ ରିପୋର୍ଟ ଉପଲବ୍ଧ ଥିଲେ ସଂଲଗ୍ନ କରନ୍ତୁ ।
କ. ଆଟିପିସିଆର ପରୀକ୍ଷା ରିପୋର୍ଟ

ଖ. ଆର ଏ ଟି ପରୀକ୍ଷା ରିପୋର୍ଟ

ଗ. ଚିକିତ୍ସାଳୟ / ରୋଗୀ ଚିକିତ୍ସା ଅନ୍ତର୍ବିଭାଗର ଚିକିତ୍ସକଙ୍କ ଦ୍ଵାରା ଚିକିତ୍ସା ଅନୁଶୀଳନ
ଅନୁଯାୟୀ ରୋଗ ନିର୍ଣ୍ଣୟ କରାଯାଇଥିବା ରିପୋର୍ଟ (ଯଦି ଉପଲବ୍ଧ ଥାଏ)

୧୨. ଚିକିତ୍ସାଳୟର ନାମ (ଯଦି ମୃତକ ସରକାରୀ/ଘରୋଇ ଚିକିତ୍ସାଳୟରେ ଚିକିତ୍ସିତ
ହୋଇଥିଲେ) -

ଚିକିତ୍ସାଳୟରେ ପ୍ରବେଶ ତାରିଖ -

ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଚିକିତ୍ସକ -

(ଚିକିତ୍ସାଳୟରେ ପ୍ରବେଶ / ବ୍ୟବସ୍ଥାପତ୍ର/ଅନ୍ତରୀଣ/ମୃତ୍ୟୁ ଇତ୍ୟାଦିର କାଗଜାତ୍ ଯଦି
ଉପଲବ୍ଧ ଥାଏ)

କୋଭିଡ୍-୧୯ ମୃତ୍ୟୁ, ସରକାରୀ ଦଲିଲ, ପ୍ରଦାନ ନିମନ୍ତେ ଅନୁରୋଧ କରୁଅଛୁ ।

ମୁଁ ମୃତକଙ୍କର କୋଭିଡ୍-୧୯ ମୃତ୍ୟୁ ସଂପର୍କୀୟ ସରକାରୀ ଦଲିଲ ପ୍ରଦାନ ନିମନ୍ତେ ଅନୁରୋଧ
କରୁଅଛି । ଏହାଦ୍ଵାରା ମୃତକଙ୍କ ପରବର୍ତ୍ତୀ ସଂପର୍କୀୟ (NOK) ରାଜ୍ୟ ବିପର୍ଯ୍ୟୟ ସହାୟତା ପାଣ୍ଠି ରୁ ଟ
୫୦,୦୦୦/-ଙ୍କା (ପଚାଶ ହଜାର ଟଙ୍କା ମାତ୍ର) ଆର୍ଥିକ ସହାୟତା ପାଇପାରିବେ ।

ମୁଁ ଘୋଷଣା କରୁଅଛି ଯେ ଏହି ଆବେଦନ ପତ୍ରରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ସମସ୍ତ ତଥ୍ୟ ମୋ ବିଶ୍ଵାସ
ଓ ଜାଣିବାରେ ସତ୍ୟ ଅଟେ ଓ ଏହା ସହିତ ସଂଲଗ୍ନ ସମସ୍ତ କାଗଜାତ, ମୂଳ କାଗଜାତର ନକଲ/ଛବି
ଅଟେ ।

ଆପଣଙ୍କର ବିଶ୍ଵସ୍ତ

ସ୍ଥାନ :

ଆବେଦନକାରୀଙ୍କ ନାମ :-

ତାରିଖ :

ମୋବାଇଲ ନଂ :-

ଆଧାର ନଂ :-

(ଆବେଦନକାରୀ ଦାଖଲ/ ସଂଲଗ୍ନ କରିଥିବା ସମସ୍ତ କାଗଜାତରେ ସ୍ଵାକ୍ଷର କରିବେ)