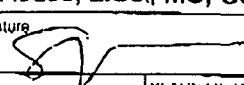
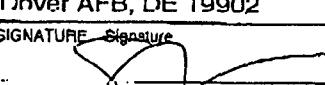


CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)
Acte de décès (D'Outre-Mer)

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) B Dllawar,		GRADE Grade Arme	BRANCH OF SERVICE Armée	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale
ORGANIZATION Organisation Afghanistan Detainee		NATION (e.g., United States) Pays Afghanistan	DATE OF BIRTH Date de naissance	SEX Sexe ☒ MALE Masculin ☐ FEMALE Féminin
RACE Race	MARITAL STATUS Etat Civil		RELIGION Culte	
☒ CAUCASOID Caucasique	☐ SINGLE Célibataire	☐ DIVORCED Divorcé	☐ PROTESTANT Protestant	OTHER (Specify) Autre (Spécifier)
☐ NEGROID Nègre	☐ MARRIED Marié	☐ SEPARATED Séparé	☐ CATHOLIC Catholique	
☐ OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	☐ WIDOWED Veuf	☐ JEWISH Juif	☐ JEWISH Juif	
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le suadit		
STREET ADDRESS Domicile à l'étranger		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)		
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale				
CAUSE OF DEATH (Enter only once cause per line) Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)				INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH Intervalle entre l'attaque et le décès
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH Maladie ou condition directement responsable de la mort		Blunt Force Injuries to Lower Extremities Complicating Coronary Artery Disease		
ANTECEDENT CAUSES Symptômes précurseurs de la mort	MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire			
	UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire			
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS ² Autres conditions significatives				
MODE OF DEATH Condition de décès	AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée ☒ YES Oui ☐ NO Non		CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES Circonstances de la mort suscitée par des causes extérieures	
☐ NATURAL Mort naturelle	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie			
☐ ACCIDENT Mort accidentelle				
☐ SUICIDE Suicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste Elizabeth A. Rouse, LtCol, MC, USAF			
☒ HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature 			
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année) 0200, 10 Dec 2002		PLACE OF DEATH Lieu de décès Bagram Collection		
I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE. J'ai examiné les restes mortels du défunt je conclus que le décès est survenu à l'heure indiquée et à la suite des causes énumérées ci-dessus.				
NAME OF MEDICAL OFFICER Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire Elizabeth A. Rouse		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme First Chief Deputy Medical Examiner		
GRADE Grade 1Col	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Onver AFB, DE 19902			
DATE Date 20 May 04	SIGNATURE Signature 			

¹ State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.

² State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.

¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du cœur, etc.

² Préciser les conditions qui ont contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou la condition qui a provoqué la mort.

DD FORM 13 APR 77 2064

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)
Acte de décès (D'Outre-Mer)

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du défunt (Nom et prénoms)		GRADE Grade CIV	BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale
RTB WAHID, ABDUL				
ORGANIZATION Organisation AFGHANISTAN CIVILIAN		NATION (e.g., United States) Pays AFGHANISTAN	DATE OF BIRTH Date de naissance	SEX Sexe ☒ MALE Masculin ☐ FEMALE Féminin
RACE Race	MARITAL STATUS Etat Civil		RELIGION Culte	
☒ CAUCASIAN Caucasique	☐ SINGLE Célibataire		☐ PROTESTANT Protestant	☒ UNKNOWN
☐ NEGROID Négride	☐ MARRIED Marié		☐ CATHOLIC Catholique	
☐ OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	☐ WIDOWED Veuf		☐ JEWISH Juif	
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du défunt avec le susdit		
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OF TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)		

MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale

CAUSE OF DEATH (Enter only one cause per line) Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)		INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH Intervalle entre l'attaque et le décès
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH Maladie ou condition directement responsable de la mort.		MULTIPLE BLUNT FORCE INJURIES COMPLICATED BY PROBABLE RHABDOMYOLYSIS
ANTECEDENT CAUSES Symptômes précurseurs de la mort.	MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire	
UNDERLYING CAUSE, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire		
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS Autres conditions significatives		
MODE OF DEATH Condition de décès	AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée ☒ YES Oui ☐ NO Non	CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES Circonstances de la mort liées par des causes extérieures
NATURAL Mort naturelle	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie	
ACCIDENT Mort accidentelle		
SUICIDE Suicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste KATHLEEN M. INGWERSEN, LTC(P), USA, MC	
☒ HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature <i>Kathleen M. Ingwersen</i>	DATE Date 13 NOV 2003
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année) 1430, 6 NOV 2003	PLACE OF DEATH Lieu de décès HELMAND PROVINCE, AFGHANISTAN	

I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE.
J'ai examiné les restes mortels du défunt et je conclus que le décès est survenu à l'heure indiquée et à la suite des causes énumérées ci-dessus.

NAME OF MEDICAL OFFICER Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire KATHLEEN M. INGWERSEN, LTC(P), USA, MC		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme ARMED FORCES REGIONAL MEDICAL EXAMINER
GRADE Grade LTC(P) / O-5	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse BAGRAM AIR FIELD, AFGHANISTAN	
DATE Date 13 NOV 2003	SIGNATURE Signature <i>Kathleen M. Ingwersen</i>	

1. Enter disease, injury or complication which caused death. Do not omit any of the following: heart failure, etc.
2. State conditions contributing to the death. Do not omit the disease or condition causing death.

1. Préciser la maladie, la blessure ou la complication qui a contribué à la mort. Ne pas omettre la maladie ou la condition causant la mort.
2. Préciser la condition qui a contribué à la mort. Ne pas omettre aucun rapport avec la maladie ou la condition qui a provoqué la mort.

DD FORM 2064, APR 1977

REPLACES DA FORM 3365, 1 JAN 1974 AND DA FORM 3365-R (FAC), 26 SEP 1976, WHICH ARE OBSOLETE.

USAPA V1.00

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)				
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms)		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Armée	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale
ILLAH HABIB				
ORGANIZATION Organisation BT 412 BCP, BAGRAM AIR FIELD, AFGHANISTAN		NATION (e.g., United States) Pays AFGHANISTAN	DATE OF BIRTH Date de naissance APPROX 1974	SEX Sexe ☒ MALE Masculin ☐ FEMALE Féminin
RACE Race		MARITAL STATUS Etat Civil		RELIGION Culte
☐ CAUCASOID Caucasiqne		☐ SINGLE Célibataire		☐ PROTESTANT Protestant
☐ NEGROID Négruide		☐ MARRIED Marié		☒ CATHOLIC Catholique
☒ OTHER (Specify) Autre (Spécifier) PASHTUN		☐ WIDOWED Veuf		☐ JEWISH Juif
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent RHAN-GAL		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décès avec le susdit FATHER		
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OF TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)		
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale				
CAUSE OF DEATH (Enter only one cause per line) Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)				INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH Intervalle entre l'attaque et le décès
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH Maladie ou condition directement responsable de la mort				PULMONARY EMBOLISM DUE TO BLUNT FORCE INJURY TO THE LEGS
ANTECEDENT CAUSES		MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire		
Symptoms précursus de la mort.		UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE Cause fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire		
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS Autres conditions significatives				
MODE OF DEATH Condition de décès		AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée ☒ YES Oui ☐ NO Non		CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures DECEDENT WAS FOUND UNRESPONSIVE IN HIS CELL WHILE IN CUSTODY
NATURAL Mort naturelle		MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie		
ACCIDENT Mort accidentelle				
SUICIDE Suicide		NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste KATHLEEN M. INGWERSEN, LTC (P), MC, USA		
☒ HOMICIDE Homicide		SIGNATURE Signature <i>Kathleen M. Ingwersen</i>		DATE Date 8 DEC 02
DATE OF DEATH (Month, day, month, year) Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année) 2014Z, 3 DEC 02		PLACE OF DEATH Lieu de décès BCP, BAGRAM AF, AFGHANISTAN		AVIATION ACCIDENT Accident à Avion ☐ YES Oui ☒ NO Non
I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE. J'ai examiné les restes mortels du défunt et je conclus que le décès est survenu à l'heure indiquée et à la suite des causes énumérées ci-dessus.				
NAME OF MEDICAL OFFICER Nom du médecin militaire ou du médecin assistant KATHLEEN M. INGWERSEN, LTC (P), MC, USA		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme ARMED FORCES REGIONAL MEDICAL EXAMINER		
GRADE Grade LTC (P)		INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse LANDSTUHL REGIONAL MEDICAL CENTER		
DATE Date 14 DEC 02		SIGNATURE Signature <i>Kathleen M. Ingwersen</i>		

1. Do not include injury or complication which caused death, but not made of doing such as heart failure, etc.
2. Specify conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.
3. Preciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du cœur, etc.
4. Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou la condition qui a provoqué la mort.

DU FORM 2064, APR 1977

REPLACES DA FORM 2064, 1 JAN 1977 AND DA FORM 3565-RIPAS, 26 SEP 1975, WHICH ARE OBSOLETE.

USAPA V1.00