



Turks and Caicos Islands
National Insurance Board

Claim for FUNERAL GRANT
Reclamación de Donativo mortuario
Reklamasyon don Finerè

FUNERAL GRANT

DONATIVO MORTUORIO
DON FINERE

- is a National Insurance benefit that may be payable in respect of the death of a person.
- *es un seguro nacional beneficio que se da en respeto de cualquier persona muerta.*
- **se yon benefis asirans nasyonal bay a nimpòt moun ki mouri**

WHO THIS FORM IS FOR
PARA QUIEN ES ESTE
FORMULARIO
POU KI MOUN FÒM SA YE

- widow or widower of the deceased, or other responsible person.
- *viudo o viuda de la persona muerta o otra persona responsable.*
- **vèv ou vèf de moun ki desede-a oubyen lòt moun ki responsab.**

WHEN TO SUBMIT THIS FORM

CUANDO USTED NECESITA
LLENAR ESTE FORMULARIO
KILÈ OU DWE RANPLI FOM NAN

- within ___ months after the date of death. Failure to do so within ___ Months may result in the partial or total loss of your benefit.
- *Tras de la fecha de la muerte.*
- **Apwè dat lanmò-wa.**

WHAT YOU HAVE TO PROVIDE
QUE ES LO QUE USTED TIENE QUE
PROVEER
KISA OU DWE FOUNI LADAN-L

- Death certificate or Marriage Certificate or proof of dependency.
- *Un certificado de defunción o certificado de matrimonio.*
- **Ak de desè oubyen ak mariaj**

PART 1 : DETAILS OF THE DECEASED
DETALLE ACERCA DE LA PERSONA MUERTA
DETAY SOU DESEDE-A

1. Last Name:
Apellido:
Sinyati:

2. First Name:
Primer Nombre:
Non:

3. National Insurance Number:
Numero Seguro Nacional:
Nimewo Asirans:

4. **Date of Birth:**
Fecha de nacimiento:
Dat Nesans:

Day/ <i>Dia</i> /Jou	Mth/ <i>Mes</i> /Mwa/	Year/ <i>Años</i> /Ane

5. **Date of Death:**
Fecha de la muerte:
Dat Lanmó

Day/ <i>Dia</i> /jou	Mnth/ <i>Mes</i> /Mwa	Year/ <i>Años</i> /Ane

PART 2: DETAILS OF THE PERSON CLAIMING BENEFIT
DETALLE ACERCA DEL RECLAMADOR
DETAY SOU MOUN KI REKLAME BENEFIS-LA

1. **Name:**
Nombre:
Non:

2. **National Insurance Number:**
Número Seguro Nacional:
Nimewo Asirans:

3. **Date of Birth:**
Fecha de Nacimiento:
Dat Nesans:

Day/ <i>Dia</i> /Jou	Mth/ <i>Mes</i> /Mwa	Year/ <i>Años</i> /Ane

4. **Address:**
Dirección:
Adrès

(Postal Box, Street, District/ Settlement & Island)
(Casilla postal, calle, barrio/y isla)
(Bwat postal, ri, distri/Establisman ak zile)

5. **Telephone No:**
Número de Telefono:
No. Telefòn-n:

6. **Relationship to deceased:**
Relación con la persona muerta:
Amitye-ou avèk desede-a:

PART 3 : DECLARATION AND CLAIM
DECLARACIÓN Y RECLAMACIÓN
DEKLARASYON AK REKLAMASYON

I UNDERSTAND: that if I give information that is incorrect action may be taken against me.
Yo Entiendo: Si doy información que es incorrecta , acción puede tomarse en contra mía.
Mwe Konpran-n: Si mwen bay infòmasyon ki pa korèk yo kapab pran aksyon kont mwen.

I DECLARE: that the information I have given on this form is correct and complete.
Yo Declaro: que la información que he dado en este formulario es correcta y completa.
Mwen Deklare: Ke infòmasyon ke mwen bay nan fòm sa li korèk e konplè

I CLAIM: funeral grant.
Yo Reclamo: donativo mortuario
Mwen Reklame: Don finerè.

Claimant's signature
Firma del Reclamador
Sinyati Reklamatè-a

Date:
Fecha :
Dat:

Day/ <i>Día</i> /Jou	Mth/ <i>Mes</i> /Mwa	Year/ <i>Años</i> /Ane

***IMPORTANT**
ADVERTENCIA
INPÒTAN

If you do not have all the supporting documents
s for this claim submit the application without the documents
within the time prescribed on page 1 to avoid loss of benefits.