



Turks and Caicos Islands
National Insurance Board

Claim for INVALIDITY PENSION
Reclamación para pension de invalididad
Reklamasyon Pou Pansyon D'Invalidite

INVALIDITY PENSION

PENSIÓN DE INVALIDIDAD

PANSYON D'INVALIDIDE

WHO THIS FORM IS FOR

ESTE FORMULARION ES PARA

POU KI MOUN FÒM SA YE

WHEN TO SUBMIT THIS FORM

*CUANDO USTED TIENE NECESITA
SUBMITIR ESTE FORMULARIO*

KILÈ OU DWE RANPLI FOM SA

WHAT YOU HAVE TO PROVIDE

*QUE ES LO QUE USTED TIENE QUE
PROVEER*

KISA OU DWE BAY

- is a National Insurance benefit you may be able to receive as a periodical Payment, if between the ages of 16 and 60 years you became an invalid and satisfied the qualifying conditions.
- *Es un Beneficio seguro que usted puede recibir como un pago periódico si entre 16 años y 60 años te hiciste inválido usted ha satisfecho las condiciones habilitadas.*
- se yon Benefis Asirans Nasyonal ou kapab resevwa kòm yon pèyman peryodik Si aut laj 16 zan e 60 tan ou vin-n audikape e satisfè kondisyon ke yo rekòmande.
- insured persons, whether employed, self-employed or voluntary contributors.
- *personas aseguradas, si empleado, personas trabajan por cuenta propia o contribuyentes voluntarios.*
- Pou moun ki asire, tankou moun ki anlwaye oubyen moun k'ap travay ak tèt Li oubyen kontribitè volontè.
- within three months from the date on which you became an invalid.
- *Dentro 3 meses desde la fecha que te hiciste inválido.*
- nan 3 mwa de dat ou vin-n andikape
- a birth certificate and an appropriate medical certificate. A photocopy of a Passport is also acceptable.
- *Un certificado de nacimiento, y un certificado medico a propia una copia del pasaporte es aceptable tambien.*
- yon setifika de nesans, yon setifika medikal apwopwe. Yo aksepte osi yon foto kopi paspò-ou.

PART 1 : DETAILS TO BE PROVIDED

PARTE 1: DETALLES QUE USTED TIENE QUE PROVEER

1e PATI: DETAY OU DWE BAY

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/Dia/Jou	Mth/Mes/Mwa	Year/Años/Ane

5. Address:
Dirección:
Adrès:

--

6. Telephone No:
Número de Tele fono:
Nimewo Telefòn-n:

--

7. Occupation:
Ocupación:
Okipasyon:

--

8. Have you previously received invalidity benefit under the National Insurance Scheme? (Yes) (No)
Ha recibido usted anteriormente un beneficio de invalidez desde el seguro nacional? (Si) (No)
ESKE OU resevwa deja Benefis pou invalidite nan men asirans nasyonal? (Wi) (No)

9. Are you receiving any National Insurance Benefit? If so, please state which benefit, e.g. sickness, maternity, survivors'
Recibe usted Beneficio seguro nacional? Si usted lo recibe, por favor señale el tipo de beneficio, por ejemplo enfermedad maternidad supervivencia.
ESKE OU RESEVWA Benefis nan men ASIRANS NASYONAL? Si ou resevwa silvouplè Bay tip Benefis, Egzanp maladi, matènite, survivan.

10. Is your present incapacity caused by an accident at work? (Yes) (No)
Es su incapacidad actual causada por un accidente en el trabajo? (Si) (No)
ESKE ANDIKAP ou gen yen kounye-la se nan aksidan ou fè nan travay-ou sa rive? (Wi) (No)

11. Date you became invalid:
Fecha te hiciste inválido
Dat ou vin-n andikape:

Day/Dia/Jou/	Mnth/Mes/Mwa	Year/Año/Ane

PART 2: DETAILS OF EMPLOYMENT <i>PARTE 2: DETALLES ACERCA DE EMPLEO</i> 2e PATI: DETAY

Please state your last occupation
Por favor, dé su ocupacion previa
Silvouplè Bay dènye okipasyon

Last Occupation/*ocupación*previa/denye okipasyon

--

Please state the name and address of your last employer

Last Employer /patron previo/dènye boss-ou

Por favor de le nombre y dirección

Silvouple bay non ak adrès dènye Boss-ou

Address/Dirección/Adrès

PART 3 : DECLARATION AND CLAIM
PARTE 3: DECLARACIÓN Y RECLAMACIÓN
3e PATI: 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: invalidity pension from_____and hereby state that I am incapable of work as a result of a disablement which is likely to remain permanent. Attached is a medical certificate of permanent incapacity for work from Dr.....
Yo Reclamo Si doy información que he dado en este formulario es correcta y completa.
Mwen Reklame

Claimant's signature:
Firma del Reclamador:
Sinyati Reklamatè-a:

Date:

Day/Día/Jou	Mth/Mes/Mwa	Year/Años/Ane

Fecha :
Dat:

• IMPORTANT

If you do not have all the supporting documents for this claim, submit the application without the documents within the time prescribed on