



Turks and Caicos Islands
National Insurance Board

Claim for MATERNITY GRANT
FORMULARIO PARA RECLAMAR DONATIVO MATERNO
REKLAMASYON POU PAYMAN MATENITE

MATERNITY GRANT
DONATIVO DE MATERNIDAD

- is a National Insurance benefit you may be able to receive after confinement.
- *si usted es un beneficiario de los Seguros Nacionales usted puede obtener su beneficio despues de su parto.*
Se yon benefis ou kapab ginyin apre ou fan-n ki akouche

PAYMAN MATENITE

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

- women who have been confined
para mujeres que estan de parto
fan-m ki akouche

WHEN TO FILL IN THIS FORM

- within ___ months after your date of confinement. Failure to do so within ___ months may result in the partial/total loss of your benefit.
apre ou fin-n akouche

KILE POU OU RANPLIL
CUANDO USTED NECESITA
LLENAR ESTE FORMULARIO

despues dela fecha en que dio a luz

WHAT YOU HAVE TO PROVIDE

- * **medical certificate of confinement/baby's Birth Certificate.**
marriage certificate
papye dokte ba ou epi kontra maryaj
un certificado medico de su parto
certificado de Matrimonio

KI SA OU BEZOUIN
QUE ES LO QUE USTED TIENE QUE PROPORCIONAR

PART 1 : DETAILS TO BE PROVIDED BY YOU
(if claim is based on his contributions)

1. Name:
Nombre
Non

2. National Insurance Number:
Numewo Kat Asirans
Numero del Seguro Nacional

3. **Date of Birth:**
Dat ou te fet
Fecha de nacimiento

Day	Mth	Year

4. **Date of Marriage:**
Dat Maryaj
Fecha de Nacimiento

Day	Mth	Year

5. **Address:**
Adres
Direccion

(Postal Box, Street, District/ Settlement & Island)

6. **Telephone:**
Tele Phon-n
Telefono

--

7. **Occupation**
Ki travay ou fe
Ocupacion

--

8. **Date ceased to work:**
Dat ou tee kanpe nan travay
Fecha en que dejo de
Trabaja

Day	Mth	Year

PART 2: DETAILS TO BE PROVIDED BY YOUR HUSBAND

Husband Name
Non Marie ou
Nombre de su Esposo

--

National Insurance Number
Numewo kat Asirans li
Numero De Seguro Nacional

--

Date of Birth
Dat li te fet
Fecha de Nacimiento

DAY	MTH	YEAR

PART 3 : DECLARATION AND CLAIM

I UNDERSTAND: that if I give information that is incorrect action may be taken against me.
Mouin Konpran-n Si-m bay infomasyon ki pa korek nan fom nan, yo ka pran kinpot aksyon
Kont mouin.
Yo Entiendo Si doy informacion que es incorrecta , accion puede tomarse en contra
Mia

I DECLARE: that the information I have given on this form is correct and complete.
Mouindeklare Infomasyon mouin bay nan fom sa korek epi yo konplet
Yo Declaro que la informacion que ha dado en este formulario es correcta y completa

I CLAIM: maternity grant
Mouin reklame payman pou matenite
Yo Declaro donacion de maternidad

Claimant's signature
Sinyati ou
Firma del Reclamador

Date:

Day	Mth	Year

Dat
Fecha

- Note

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