



Turks and Caicos Islands
National Insurance Board

CLAIM FOR NON-CONTRIBUTORY OLD AGE PENSION
RECLAMACIÓN PARA PENSIÓN VEJEZ SIN
CONTRIBUCIÓN ENVUELTA.
REKLAMASYON PANSYON VYHEYÈS
NON-KONTRIBITÈ

Non-Contributory Old Age Pension

- is a National Insurance benefit you may be able to receive if you have attained the age of 68 years and satisfy certain residency conditions.

Pensión vejez sin contribución envuelta

- *Es un beneficio seguro nacional que usted puede obtener si usted tiene 68 años y satisfacer las condiciones de residencia*

Pansyon vyejès non-kontribitè

- Se yon benefis Asirans Nasyonal bay moun ki gen yen laj 68 tan e ki satisfè yon sètèn kondisyon rezidans.

This Form Is For

- persons who cannot satisfy the conditions for entitlement to Retirement Pension but who have resided in the Turks and Caicos Islands for the relevant periods.

Para Quien es este formulario

- *Personas que no pueden satisfacer las condiciones para título de pensión retirada pero estan viviendo en Turks and caicos durante un periodo importante.*

Pou Kimoun fòm sa ye

-Se pou moun kipa satisfè kondisyon pou tit pansyon retrèt men k'ap viv nan zile Turks Caicos pandan yon peryòd de tan inpòtan.

When To Submit This Form

- Within 3 months of the date you attain the age of 68 years. Failure to do so within ___ months may result in the partial or total loss of your benefit.

Cuando usted necesita llenar este formulario

-*Adentro 3 mes es de la fecha usted va a tener 68 años de edad.*

Kilè ou dwe ranpli fòm sa

Nan 3 mwa nan dat ou gen yen laj 68 tan.

What You Have To Provide

-a birth certificate/passport and evidence of residence in support of your claim.

Que es lo que usted tiene que proveer

- *un certificado de nacimiento y presentar un paper para probar su residencia que puede soportar su reclamación*

Kisa ou dwe bay

- yon AK de nesans ak pwèv rezidans pou sipòte reklamasyon ou lan.

PART 1: DETAILS TO BE PROVIDED BY YOU
PARTE 1: DETALLE QUE USTED TIENE QUE PROVEER
1 e PATI: DETAY OU DWE BAY

Name:

Nombre:

Non:

Date of Birth:

Fecha de Nacimiento:

Dat Nesans:

Day/ <i>Dia</i> /jou	Mth/ <i>Mes</i> /Mwa	Yr/ <i>Año</i> /Ane

Address:

Dirección:

Adrès:

Telephone:

Numero de Telefono:

Nimewo Telefòn-n:

Occupation:

Ocupación:

Pwofesyon:

PART 2: DETAILS OF PERSON CLAIMING BENEFIT
DETALLE DE LA PERSONA RECLAMA EL BENEFICIO
DETAY SOU MOUN KI REKLAME BENEFIS-LA

Are you in receipt of a Government Pension
Please tick appropriate box.

Yes/ <i>Si</i> /Wi	No/ <i>No</i> /Non
--------------------	--------------------

Señale la respuesta correcta si usted esta recibiendo una pension del gobierno

Si ou resevwa yon pansyon gouvènmantal silvouplè fè yon x nan bwat korèk la

Are you receiving any other pension or other similar payment from any source? Please tick appropriate box

Señale si usted esta recibiendo otra pensión o otro pago similar de otra manantial

Yes/Si/Wi	No/No/Non
-----------	-----------

ESKE ou resevwa lòt pansyon oubyen lòt pèyman parèy nan men lòt sous? Silvouplè fè yon x nan bwat ki korèk la

PART 3 : DETAILS OF EMPLOYMENT,(IF APPLICABLE) RESIDENCE CLAIM AND DECLARATION

PARTE 3: DETALLE DEL EMPLEO, SI APLICABLE RECLAMACIÓN DE LA RESIDENCIA Y DECLARACIÓN

3e PATI: DETAY SOU TRAVAY, SI LI APLIKAB, REKLAMASYON REZIDANS AK DECLARASYON

Have you ever lived outside the Islands after attaining the age of 40 years?

Señale si usted fue en otro país tras usted tiene 40 años de edad.

ESKE ou t,ap viv andejò zile-a apwè ke ou vin-n gen yen 40 tan

Yes/si/wi	No/No/Non
-----------	-----------

If the answer to the above is yes, where and how many years

Si la respuesta encima es si, cuánto año.

Si repons anlè se wi pou konbyen tan

Country	No. of years
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Please state the name and address of your last employer

Por favor usted puede mencionar el nombre y dirección de su patron previo.

Silvouplè bay non ak adrès dènye bòs-ou

Last Employer/*Patrón Previo*/Dènyebòs-ou

Address/*Dirección*/Adrès

Have you ever lived outside the islands after attaining the age of 16 years?

Señale si usted vive en otro país tras usted tiene 16 años de edad ESKE ou t'ap viv andeyò zile-a apwè ke ou vin-n gen laj 16 zan?

If the answer to the above is yes, where and for how many years

Please state the name and address of your last employer

Por favor usted puede mencionar el nombre y dirección de su patron previo

Silvouplè bay non ak adrès dènye bòs-ou

Yes/Si/Wi	No/No/Non
-----------	-----------

Country

No. of years

Last Employer/*Patrón Previo*/Dènye bòs-ou

Address/*Dirección*/Adrès

Are you currently receiving any national insurance benefit: If so, please state which benefit (e.g) Death Benefit, Survivors' Benefit

N.B. If you are unable to sign this claim form, it may be signed on your behalf by someone else who should state that he or she had done so.

Advertencia: si usted no puede firmar este formulario de reclamacion por usted mismo, puede firmarse por una otra persona que debe declarar que hacelo para usted.

ESKE OU Resevwa benefis ASIRANS NASYONAL, si wi, silvouplè bay tip benefis (egzanp) Benefis desè, Benefis Survivan.

Sonje: Si ou pa kapab sinyin fòm sa pou tèt p'aw, yon lòt moun kapab sinyin-l pou-ou men li dwe di ke se limenm ki fè sa.

I UNDERSTAND that if I give information that is incorrect, action may be taken against me.

Yo entiendo que si doy información que esta incorrecta acción puede tomarse contra mía.

Mwen Konpran-n ke si mwen bay infòmasyon ki inkorèk 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 esta correcta y completa.

Mwen Declare ke infòmasyon ke mwen nan fòm sa li korèk e konplè .

I CLAIM non-contributory old age pension

Yo Reclamo pensión vejez sin contribución envuelta

Mwen Reklame pansyon vyeyés non-kontribitè

Claimant's signature
Firma del Reclamador
Sinyati Reklamàtè-a

Date:
Fecha:
Dat:

IMPORTANT
ADVERTENCIA
INPÒTAN

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.
