



Turks and Caicos Islands
National Insurance Board

CLAIM FOR RETIREMENT BENEFIT
FORMULARIO PARA BENEFICIO RETIRADO
REKLAMASYON BENEFIS POU RETRÈT

RETIREMENT BENEFIT
BENEFICIO RETIRADO
BENEFIS POU RETRÈT

- is a National Insurance benefit you may be able to receive
- *Es un seguro nacional Beneficio que usted puede obtener-*
- Se yon benefis ou kapab jwen-n nan Asirans Nasyonal-

- (1) -as a pension, if at age 60 you are retired and satisfy the qualifying conditions, or if you satisfy those conditions between the ages of 60 and 65.

como una pension, un periodico pagamento si usted esta retirado en la edad de 60 años y satisfacer las condiciones habilitadas, o si usted satisface las condiciones entre las edades 60 y 65 años.

Kòm yon pansyon, yon pèyman peryodik si a laj 60 tan ou te retirete e satisfè kondisyon ki rekòmande yo, ou byen si ou satisfè kondisyon sa yo ant laj 60 tan ak 65 kan.

- (2) -as a grant, (a lump sum payment), if at age 65, you cannot qualify for a pension, but satisfy the conditions for a grant.

como un donativo, una completa paga, si usted tiene 65 años de edad, usted no puede habilitar para una pension, pero satisfacer las condiciones para un donativo.

Kòm yon don, yon pèyman ki fèt yon sèlkou si a laj 65 kan, ou pa kapab Satisfè pou gen yon pansyon, men ou satisfè kondisyon pou gen yon yon don.

WHO THIS FORM IS FOR
PARA QUIÉN ES ESTE FORMULARIO

POU KI MOUN FÒM SA YE

- insured persons, whether employed, self-employed or voluntary contributors.
- *para personas aseguradas, si empleado, o si usted trabaja por cuenta propia o contribuyentes voluntarios.*
- moun ki asire, tankou anplaye, moun k'ap travay ak tèt li oubyen kontribyab volontè.

WHEN TO SUBMIT THIS FORM

CUANDO USTED NECESITA LLENAR ESTE FORMULARIO

KILÈ OU DWE RANPLI FÒM SA

- no later than ____months within the prescribed time. Failure to do so within 3 months may result in the partial or total loss of your benefit.
- *adentro tres meses cuando usted va a tener la edad 60 años o 65 años en las circunstancias importantes.*
- nan 3 mwa lè ou gen yen laj 60 tan ou 65 kan nan sikonstans inpòtan.

WHAT YOU HAVE TO PROVIDE

QUE ES LO QUE USTED TIENE QUE PROVEER

KISA OU DWE BAY

- a birth certificate/passport.
- *un certificado de nacimiento*
- setifika nesans

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:

National Insurance No.

Número Seguro Nacional:

Nimewo Asirans:

Date of Birth:

Fecha de Nacimiento:

Dat Nesans:

Day/ <i>Día</i> /jou	Mth/ <i>Mes</i> /Mwa	Yr/ <i>Año</i> /Ane
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Address:

Dirección:

Adrès:

Telephone:

Numero de Telefono:

Nimewo Telefòn-n:

Occupation:

Ocupación:

Pwofesyon:

Date you became
60 years or 65 years

60	65	Day/ <i>Día</i> /Jou	Mth/ <i>Mes</i> /Mwa	Yrs/ <i>Año</i> /Ane
Yrs	Yrs			

Fecha Cuando Usted tiene 60 *
Años o 65 años de edad

Dat ou gen yen 60 tan onbyen 65 kan

*Please tick appropriate box
Por favor señale la respuesta corecta
fè yon x nan bwat ki apwopye-a, silvouplè

PART 2: DETAILS TO EMPLOYMENT & RECEIPT OF BENEFIT

PARTE 2: DETALLE DE EMPLEO Y RECIBÍ DE BENEFICIO

2e PATI: DETAY SOU TRAVAY LA AK RESI BENEFIS LA

1. If you are at present employed, state the name and address of your present employer.

Present Employer/*Patrón Presente*/Anplayè Nouvo

Si usted esta empleado ahora, usted puede dar el nombre y dirección de su patron presente.

Si w'ap travay ak yon moun nouvo bay non ak Adrès anplayè nouvo-a

Address/*Dirección*/Adrès

2. If you are not employed, state the name and address of your last employer.

Last Employer/*Patron Previo*/Ansyen Anplayè

Si usted no esta empleado, usted puede dar el nombre y dirección de su patron previo

Si ou p'ap travay, bay non ak adrès Ansyen anplayè ou la

Address/*Dirección*/Adrès

3. If you are self-employed please state date that you were last self-employed.

Day/Dia/Jou	Mth/Mes/Mwa	Yr/Año/Ane

Si usted trabaja por cuenta propia usted puede dar la fecha que usted comenza trabajar como un empresario o por cuenta propia.

Si w'ap travay avèk tèt-ou silvouplè Bay dat ou te komanse travay avèk tèt-ou

4. Please state whether you are a voluntary contributor, by ticking appropriate box

Por favor señale si usted esta un contribuyente voluntario

Silvouplè fè yon x nan bwat sa pou fè konnen si se yon kontribyab volontè ou ye

Yes/Sí/Wi	No/No/Non

5. If you are still employed, please state whether weekly or monthly and insert the relevant earnings.

.....

Si usted esta siempre empleado, por favor usted puede mencionar si semanal o mensualmente y dar el salario importante.

.....

Si ou toujou travay, silvouplè fè konnen si ou touche chak semèn ou byen chak mwa e bay kòb egzat ou touche.

.....

6. Please state last date of employment.

.....

Por favor, usted puede mencionar la fecha postrera del empleo.

.....

Silvoupplè bay dènye dat ou te travay

.....

7. Are you receiving a National Insurance Benefit? (If so, please state which benefit (e.g.) sickness, survivors' or invalidity benefit).

.....

Si usted esta recibiendo beneficio seguro nacional, por favor señale el tipo de beneficio (por ejemplo) enfermedad, super vivencia o invalididad.

.....

ESKE ou resevwa benefis Asirans Nasyonal? (si ou resevwa benefis, silvoupplè bay tip benefis (egzanp) benefis pou maladi, survivan oubyen invalidite).

.....

<p>PART 3 : DECLARATION AND CLAIM <i>DECLARACIÓN Y RECLAMACIÓN</i> DEKLARASYON AK REKLAMASYON</p>

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 accion 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 retirement benefit.

Yo Reclamo Beneficio Retirado.

Mwen Reklame benefis pou retrèt.

Claimant's signature
Firma del Reclamador
Sinyati Reklamètè-a

Date:
Fecha:
Dat:

IMPORTANT
ADVERTENCIA
INPÖTAN

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 benefit.
