



Turks and Caicos Islands
National Insurance Board

Claim for TRAVELLING EXPENSES FOR MEDICAL TREATMENT
Reclamación de los gastos viajantes para Trato Medico
REKLAMASYON POU DEPANS DE VWAYAJ POU TRÊTMAN MEDIKAL

TRAVELLING EXPENSES:

Gastos Viajantes

- are those costs incurred to travel for periodical treatment to injury.
- *son los gastos que usted hace por usted mismo cuando usted viaja para Buscar el trato peridico para descalabrado*

DEPANS DE VWAYAJ

- se lajan ou depans pou ale lòt kote cheche trètman peryodik pou blesi.

THIS FORM IS FOR

-

employed persons .

ESTE FORMULARIO ES PARA

FÒM SA SE POU

Personas empleadas

- **moun ki anlwaye**

WHEN TO SUBMIT THIS FORM

CUANDO USTED NECESITA

SUBMITIR ESTE FORMULARIO

KILÈ OU DWE SOUMET FOM SA.

- monthly, for expenses incurred during the month.

- *mensualmente, para los gastos que usted hace por usted mismo durante el mes.*
Chak mwa, pou depans ou fè diran mwa-a.

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. Reason for travel

Razón para viajar
Rezon pou vwayaj

Fecha del viaje	desde	al	Modo de viaje	Cantidad reclamada

Mnth <i>Mes</i> Mwa	1st Wk/ <i>Primera semana</i> 1e semēn	2nd Wk <i>Segunda Semana</i> 2e semēn	3rd Wk <i>Tercera Semana</i> 3e semēn	4th Wk <i>Cuarta Semana</i> 4e semēn	5th Wk <i>Quinta Semana</i> 5e semēn	Total for mnth <i>Total mes</i> Total pou mwa-a

Employers signature:

Firma del patrón:

Sinyati Böss la:

Date:

Fecha:

Dat:

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

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: injury benefit.

Yo Reclamo: Beneficio de descalabrado

Mwen Reklame: Benefis Blesi

Claimant's signature:

Firma del Reclamador:

Sinyati Reklamatè-a:

Date:

Fecha :

Dat:

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