Turks and Caicos Islands
National Insurance Board

Claim for FUNERAL GRANT

Reclamacíon de Donativo mortuorio

Reklamasyon don Finerè

FUNERAL GRANT	-	is a National Insurance benefit that may be payable in respect of the death of a person.
DONATIVO MORTUORIO	-	*es un seguro nacional beneficio que se da en respeto de qualquier persona muerta.*
DON FINERE	-	**se yon benefis asirans nasyonal bay a ninpòt moun ki mouri**
WHO THIS FORM IS FOR	-	widow or widower of the deceased, or other responsible person.
PARA QUIEN ES ESTE FORMULARIO	-	*viudo o viuda de la persona muerta o otra persona responsable.*
POU KI MOUN FÒM SA YE	-	**vèv ou vèf de moun ki desede-a oubyen lòt moun ki responsab.**
WHEN TO SUBMIT THIS FORM	-	within ____months after the date of death. Failure to do so within ___ Months may result in the partial or total loss of your benefit.
CUANDO USTED NECESITA LLENAR ESTE FORMULARIO	-	*Tras de la fecha de la muerte.*
KILĒ OU DWE RANPLI FOM NAN	-	**Apwè dat lanmò-wa.**
WHAT YOU HAVE TO PROVIDE	-	Death certificate or Marriage Certificate or proof of dependency.
QUE ES LO QUE USTED TIENE QUE PROVEER	-	*Un certificado de defuncíon o certificado de matrimonio.*
KISA OU DWE FOUNI LADAN-L	-	**Ak de desè oubyen ak mariaj**

PART 1 : DETAILS OF THE DECEASED
DETALLE ACERCA DE LA PERSONA MUERTA
DETAY SOU DESEDE-A

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. **Date of Death:**
Fecha de la muerte:
Dat Lanmó

Day/*Dia*/jou	Mnth/*Mes*/Mwa	Year/*Años*/Ane

PART 2: DETAILS OF THE PERSON CLAIMING BENEFIT
DETALLE ACERCA DEL RECLAMADOR
DETAY SOU MOUN KI REKLAME BENEFIS-LA

1. **Name:**
Nombre:
Non:

2. **National Insurance Number:**
Número Seguro Nacional:
Nimewo Asirans:

3. **Date of Birth:**
Fecha de Nacimiento:
Dat Nesans:

Day/*Dia*/Jou	Mth/*Mes*/Mwa	Year/*Años*/Ane

4. **Address:**
Direccíon:
Adrès

(Postal Box, Street, District/ Settlement & Island)
(*Casilla postal, calle, barrio/y isla*)
(Bwat postal, ri, distri/Establisman ak zile)

5. **Telephone No:**
Número de Telefono:
No. Telefòn-n:

6. **Relationship to deceased:**
Relacíon con la persona muerta:
Amitye-ou avèk desede-a:

PART 3 : DECLARATION AND CLAIM
DECLARACÍON Y RECLAMACÍON
DEKLARASYON AK REKLAMASYON

I UNDERSTAND:	that if I give information that is incorrect action may be taken against me.
Yo Entiendo:	*Si doy informacíon que es incorrecta , accíon 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 informacíon 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:	funeral grant.
Yo Reclamo:	*donativo mortuorio*
Mwen Reklame:	Don finerè.

Claimant's signature
Firma del Reclamador
Sinyati Reklamatè-a

Date:
Fecha :
Dat:

Day/*Dia*/Jou	Mth/*Mes*/Mwa	Year/*Años*/Ane

*IMPORTANT
ADVERTENCIA
INPÒTAN

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

Form Ins. 065