Washington State Department of Social & Health Services

DECLARACIÓN JURADA DE PÉRDIDA, ROBO O DESTRUCCIÓN DE UNA GARANTÍA
VENDOR AFFIDAVIT OF LOST, STOLEN, OR DESTROYED WARRANT

ESTADO DE WASHINGTON)
)
CONDADO DE _____)

ENVIAR A:
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
OFFICE OF ACCOUNTING SERVICES (OAS)
DISBURSEMENTS
PO BOX 45845
OLYMPIA WA 98504-5845

Fondo _____

OAS Use Only

Yo, _____, bajo juramento, declaro y digo que soy el propietario, pagador, o representante legal de tal propietario o pagador de la

Garantía del Estado de Washington número _____, fechada el _____

por la suma de _____ dólares y que dicha garantía se perdió, fue destruida, o no fue entregada a mí y que según mi conocimiento no fue pagada.

_____
Firma

_____
Dirección postal

_____
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

EL TESTIGO FIRMÓ JUNTO A LA "X"

_____ FIRMA	_____ FIRMA
_____ DIRECCIÓN POSTAL	_____ DIRECCIÓN POSTAL
_____ CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	_____ CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Subscripto y jurado ante mí el _____ día de _____, de 20_____.

_____
NOTARIO PUBLICO PARA Y EN EL ESTADO DE WASHINGTON RESIDENTE EN

_____ Mi asignación expira: _____
CIUDAD

FOR DSHS USE ONLY
WARRANT CANCELLATION AUTHORIZATION

AGENCY/SUB	ISSUE DATE	BIENNIUM		WARRANT NUMBER
NAME				REGISTER NUMBER
ADDRESS CITY STATE ZIP CODE			FUND	AMOUNT
AUTHORIZED BY		TELEPHONE		
			TOTAL	

COPIES TO: Disbursements; File Copy