



Declaración jurada de DSHS de pérdida, hurto o destrucción de un certificado

DSHS Affidavit of Lost, Stolen, or Destroyed Warrant

ESTADO DE WASHINGTON

) **DEVOLVER A:**
) DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
) OFFICE OF ACCOUNTING SERVICES (OAS)
 PO BOX 45842
 OLYMPIA WA 98504-5842

Uso exclusivo de la OAS (OAS Use Only)

Yo, _____ (nombre en letra de molde), habiendo prestado el debido juramento, testifico y declaro que soy el dueño apropiado, acreedor o representante legal de tal dueño o acreedor del Certificado Número _____ del Estado de Washington, con fecha _____, por la cantidad de \$ _____, y que dicho certificado ha sido perdido, destruido, o no me ha sido entregado, y que hasta donde sé no ha sido pagado. Si el certificado original se encuentra posteriormente, lo devolveré a la OAS. Acepto que si yo (como empleado o proveedor) cobro ambos certificados, la cantidad completa que aparece arriba puede ser retenida de mi(s) siguiente(s) pago(s).

_____ FIRMA DEL BENEFICIARIO _____ NÚMERO DE TELÉFONO DEL BENEFICIARIO

_____ DIRECCIÓN POSTAL _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL
 Soy un: Empleado de DSHS Otro:

SELLO DEL NOTARIO

Estado de _____ Condado de _____
 Certifico que sé o que tengo evidencias satisfactorias de que _____ (nombre de la persona) es la persona que se presenta ante mí, y que dicha persona reconoció que (él/ella) firmó este instrumento y reconoce que tal firma fue su acto libre y voluntario para los usos y propósitos establecidos en el instrumento.
 Fecha _____ Firma _____
 Título _____ Mi nombramiento expira el _____

TESTIGOS: SON NECESARIOS SOLO SI EL BENEFICIARIO FIRMÓ CON UNA MARCA (X)			
1	FIRMA DEL TESTIGO	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE (NOMBRE DEL TESTIGO) AQUÍ
	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
2	FIRMA DEL TESTIGO	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE (NOMBRE DEL TESTIGO) AQUÍ
	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL

**USO EXCLUSIVO DE DSHS (FOR DSHS USE ONLY)
 AUTORIZACIÓN DE CANCELACIÓN DEL CERTIFICADO**

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