



华盛顿州

# DSHS 宣誓书：有关遗失、失窃或毁坏的付款凭单 DSHS Affidavit of Lost, Stolen, or Destroyed Warrant

) 回函请寄至：  
) DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
) OFFICE OF ACCOUNTING SERVICES (OAS)  
PO BOX 45842  
OLYMPIA WA 98504-5842

仅供财会服  
务处 (OAS)  
填写  
(OAS Use  
Only)

本人, \_\_\_\_\_ (打印姓名), 在此郑重宣誓证明: 我的确是华盛顿州颁发之付款凭单  
的真正拥有人、受款人或者此拥有人或受款人之法定代表。此付款凭证单的号码是\_\_\_\_\_, 出具日  
期为\_\_\_\_\_, 金额为 \$\_\_\_\_\_。此付款凭证单一丢失、失窃、损毁  
或未曾递交至本人; 而且就本人所知, 此付款凭单尚未兑现。如果本人之后找到上述付款凭单, 本人会将其退  
还至 OAS。本人在此同意, 如本人 (作为员工或服务提供者) 将两份付款凭证单兑现, 那么上述所列全部金额  
将从本人下次付款中扣除。

收款人签名: \_\_\_\_\_ 收款人电话号码 \_\_\_\_\_

邮寄地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_

本人是:  DSHS 员工  其他:

公证人签名  
\_\_\_\_\_  
本人特此证明, 我确定或有充分证据证明, 我确实当场目睹  
(人名) 签署了此文件, 且此人确认此文件中所述用途及使用目的受 (他/她的) 自主意愿支  
配。  
日期 \_\_\_\_\_ 签名 \_\_\_\_\_  
职称 \_\_\_\_\_ 本公证人的委托截止日期为 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 县

### 见证人: 仅在受款人以记号 (X) 代签的情形下, 才要求有见证人

1	见证人签名 _____	日期 _____	此处打印姓名 (见证人姓名) _____	
	街道名称与门牌号码 _____	城市 _____	州 _____	邮政编码 _____
2	见证人签名 _____	日期 _____	此处打印姓名 (见证人姓名) _____	
	街道名称与门牌号码 _____	城市 _____	州 _____	邮政编码 _____

### 仅供本处填写 (FOR DSHS USE ONLY) 付款凭单取消之授权

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

正本送至财会服务处 (OAS)。