



ໃບຢັ້ງຢືນສາບານຂອງ **DSHS** ສຳລັບເຊັກເງິນທີ່ຖືກເສັຽໄປ, ຂີ້ລັກໄປ, ຫລື ທຳລາຍເສັຽຫາຍ
DSHS Affidavit of Lost, Stolen, or Destroyed Warrant

STATE OF WASHINGTON

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

ການໃຊ້ຂອງ
 OAS ເທົ່ານັ້ນ
 (OAS Use
 Only)

ຂ້າພະເຈົ້າ, _____ (ຂຽນຊື່ເປັນຕົວ) ຂໍສາບານຕົວໃຫ້ການເປັນພະຍານ ແລະ
 ເວົ້າວ່າຂ້າພະເຈົ້າເປັນເຈົ້າຂອງແທ້ຈິງ, ຜູ້ອອກຊື້ຈ່າຍເງິນໃຫ້, ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍຂອງເຈົ້າຂອງ ຫລື ຜູ້ອອກຊື້ຈ່າຍເງິນໃຫ້ຄົນນັ້ນຂອງເຊັກເງິນ
 ຂອງຮັດວໍຊິງຕັນແລກທີ່ _____, ລົງວັນທີ _____, ໃນຈຳນວນເງິນ \$ _____, ແລະ
 ເຊັກເງິນທີ່ຖືກກ່າວມານີ້ໄດ້ຖືກເສັຽໄປ, ທຳລາຍເສັຽຫາຍ, ຫລື ບໍ່ຖືກສົ່ງໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ອີງຕາມຄຳຮັບຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າວ່າບໍ່ໄດ້ຖືກຈ່າຍເງິນ
 ໃຫ້ເທື່ອ. ຖ້າຫາກວ່າເຊັກເງິນໃບດັ່ງເດີມໄດ້ຖືກພົບເຫັນໃນເວລາຕໍ່ມາ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະສົ່ງກັບຄືນໄປຫາພະແນກ **OAS**. ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນພ້ອມວ່າຖ້າຫາກ
 ວ່າຂ້າພະເຈົ້າ (ໃນຖານະເປັນພະນັກງານ ຫລື ບໍລິສັດ) ໄດ້ແລກເອົາເຊັກເງິນທັງສອງໃບ, ຈຳນວນເງິນເຕັມທີ່ຖືກກ່າວຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ຈະຖືກກັກເອົາຈາກ
 ເງິນຈ່າຍເທື່ອໜ້າຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ອອກຊື້ຈ່າຍເງິນໃຫ້ _____ ເລກໂທລະສັບຂອງຜູ້ອອກຊື້ຈ່າຍເງິນໃຫ້ _____

ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ຮັດ _____ ຊືບໂຄດ _____

ຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ: ພະນັກງານຂອງ DSHS ອື່ນໆ:

ກະປະທັບຂອງຜູ້ຢັ້ງຢືນລາຍເຊັນ

ຮັດ _____ ເທສບານ _____
 ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ຈັກ ຫລື ມີຫລັກຖານພິສູດເປັນທີ່ພໍໃຈວ່າ _____
 (ຊື່ຂອງບຸກຄົນ) ແມ່ນບຸກຄົນຜູ້ທີ່ປາກົດຕົວຢູ່ຕໍ່ໜ້າຂ້າພະເຈົ້າ, ແລະ ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຖືກກ່າວມານີ້ຮັບຮູ້ວ່າ (ເຂົາເຈົ້າ) ໄດ້ເຊັນຊື່ໃສ່ເອກ
 ສານອັນນີ້ ແລະ ຮັບຮູ້ວ່າມັນເປັນການກະທຳທີ່ເປັນອິດສະຣະພາບ ແລະ ຕາມສະມັກໃຈ (ຂອງເຂົາເຈົ້າ) ສຳລັບການໃຊ້ ແລະ ຈຸດ
 ປະສົງທີ່ໄດ້ຖືກກ່າວມາຢູ່ໃນເອກສານອັນນີ້.
 ລົງວັນທີ _____ ລາຍເຊັນ _____
 ຫນ້າທີ່ການ _____ ການຮັບໜ້າທີ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຫມົດອາຍຸ _____

ພະຍານ: ຈຳເປັນຕ້ອງມີ ເທົ່ານັ້ນຖ້າຫາກວ່າ ຜູ້ອອກຊື້ຈ່າຍເງິນໃຫ້ໄດ້ເຊັນຊື່ດ້ວຍເຄື່ອງໝາຍ (X) ໃສ່ຂ້າງເທິງນີ້

1	ລາຍເຊັນຂອງພະຍານ	ວັນທີ	ຂຽນເປັນຕົວຊື່ (ຊື່ຂອງພະຍານ) ໃສ່ບ່ອນນີ້		
	ທີ່ຢູ່ຖະນົນ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ	
2	ລາຍເຊັນຂອງພະຍານ	ວັນທີ	ຂຽນເປັນຕົວຊື່ (ຊື່ຂອງພະຍານ) ໃສ່ບ່ອນນີ້		
	ທີ່ຢູ່ຖະນົນ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ	

ສຳລັບການໃຊ້ຂອງ DSHS ເທົ່ານັ້ນ (FOR DSHS USE ONLY)
 ການອະນຸຍາດການຢົກເລິກເຊັກເງິນ

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