



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

_____ 州 _____ 县

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 _____

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)。