

워싱턴 주

유실, 도난 및 파손된 위임장의 DSHS 진술서

DSHS Affidavit of Lost, Stolen, or Destroyed Warrant

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

OAS 전용
(OAS Use
Only)

본인 _____(이름을 정자로 기입)은(는) 정식으로 선서하였으며 본인이
\$ _____ 금액의 _____ 일자 워싱턴주 위임장 번호 _____ 의
소유자 및 수취인의 정당한 소유자, 수취인, 또는 변호인임을 증언합니다. 또한 본 위임장이 유실 또는
파손되었거나 본인에게 배달되지 않았으며 본인이 아는 한 지불되지 않았음을 진술합니다 위임장 원본이
이후에 발견되면 그 위임장을 OAS에 보내겠습니다. 본인은 (직원 또는 판매자로서) 본인이 두 개의 위임장을
모두 현금으로 바꾸었다면 위에 적힌 전체 금액이 본인의 다음 지급액에서 원천징수될 수 있음에 동의합니다.

수취인 서명 _____ 수취인 전화번호 _____

우편 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

본인의 신분: DSHS 직원 기타:

공증날인

_____ 주 _____ 카운티

본인은 _____ (성명)이(가)
본인 앞에 출두한 사람이 맞고 본 증서에 서명한 사람이 자신이라고 인정했고 그것이 이
증서에 기술된 사용처와 목적에 부합되는 증서 당사자의 자유롭고 자발적인 행동이었음을
인정한 사람이라는 충분한 증거를 알고 있거나 갖고 있음을 증명합니다.

_____ 일자 서명 _____

직함 _____ 임명의 만료일: _____

입회인(증인): 증인은 수취인이 상기 서명란에 X자로 서명한 경우에만 필요합니다.

1	증인 서명	날짜	증인의 이름 기입란(정자로 기입)
	도로 주소	시	주 우편번호
2	증인 서명	날짜	증인의 이름 기입란(정자로 기입)
	도로 주소	시	주 우편번호

DSHS 전용 (FOR DSHS USE ONLY)
위임장 취소 허가

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

Original to Office of Accounting Services.