



ໃບຢັ້ງຢືນສາບານຂອງ **DSHS** ສຳລັບເຊັກເງິນທີ່ຖືກເສຍໄປ, ຂີ້ລັກໄປ, ຫລື ທຳລາຍເສຍຫາຍ  
**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) , ອໍສາບານຕົວ, ໃຫ້ການເປັນພະຍານ ແລະ  
 ເວົ້າວ່າຂ້າພະເຈົ້າເປັນເຈົ້າຂອງແທ້ຈິງ, ຜູ້ອອກຊື້ຈ່າຍເງິນໃຫ້, ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍຂອງເຈົ້າຂອງ ຫລື ຜູ້ອອກຊື້ຈ່າຍເງິນໃຫ້ຄົນນັ້ນຂອງເຊັກເງິນ  
 ຂອງຮັດວໍຊິງຕັນແລກທີ່ \_\_\_\_\_, ລົງວັນທີ \_\_\_\_\_, ໃນຈຳນວນເງິນ \$ \_\_\_\_\_, ແລະ  
 ເຊັກເງິນທີ່ຖືກກ່າວມານີ້ໄດ້ຖືກເສຍໄປ, ທຳລາຍເສຍຫາຍ, ຫລື ບໍ່ຖືກສົ່ງໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ອີງຕາມຄຳຮັບຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າວ່າບໍ່ໄດ້ຖືກຈ່າຍເງິນ  
 ໃຫ້ເທື່ອ. ຖ້າຫາກວ່າເຊັກເງິນໃບດັ່ງເດີມໄດ້ຖືກພົບເຫັນໃນເວລາຕໍ່ມາ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະສົ່ງກັບຄືນໄປຫາພະແນກ **OAS**. ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນພ້ອມວ່າຖ້າຫາກ  
 ວ່າຂ້າພະເຈົ້າ (ໃນຖານະເປັນພະນັກງານ ຫລື ບໍລິສັດ) ໄດ້ແລກເອົາເຊັກເງິນທັງສອງໃບ, ຈຳນວນເງິນເຕັມທີ່ຖືກກ່າວຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ຈະຖືກກັກເອົາຈາກ  
 ເງິນຈ່າຍເທື່ອໜ້າຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ອອກຊື້ຈ່າຍເງິນໃຫ້ \_\_\_\_\_ ແລກໂທຣະສັບຂອງຜູ້ອອກຊື້ຈ່າຍເງິນໃຫ້ \_\_\_\_\_

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
	ທີ່ຢູ່ຖະນິນ	ເມືອງ	ຮັດ ຊືບໂຄດ
2	ລາຍເຊັນຂອງພະຍານ	ວັນທີ	ຂຽນເປັນຕົວຊື່ (ຊື່ຂອງພະຍານ) ໃສ່ບ່ອນນີ້
	ທີ່ຢູ່ຖະນິນ	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	

Original to Office of Accounting Services.