

## Официальное заявление Департамента социального обеспечения и здравоохранения (DSHS) об утерянном, украденном или уничтоженном платежном документе

### DSHS Affidavit of Lost, Stolen, or Destroyed Warrant

ШТАТ ВАШИНГТОН

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

Только для  
служебного  
пользования  
Управления  
OAS (OAS  
Use Only)

Я, \_\_\_\_\_ (фамилия и имя печатными буквами), заявляю под присягой, что являюсь истинным владельцем, получателем, или законным представителем такового владельца или получателя выданного в штате Вашингтон Платежного документа \_\_\_\_\_, от \_\_\_\_\_, на сумму \_\_\_\_\_ долларов, и что указанный платежный документ был утерян, уничтожен или не был доставлен мне и, насколько мне известно, не был оплачен. Если указанный Платежный документ будет в последствии найден, я обязуюсь вернуть его в Управление OAS. Я подтверждаю свое согласие с тем, что, если я (в качестве работника или поставщика) обналочу оба Платёжных документа, полная сумма, указанная выше, будет удержана из причитающихся мне последующих платежей.

ПОДПИСЬ ПОЛУЧАТЕЛЯ \_\_\_\_\_ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ПОЛУЧАТЕЛЯ \_\_\_\_\_

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС \_\_\_\_\_ ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_  
Я являюсь:  Сотрудником Департамента DSHS  Другое:

ПЕЧАТЬ НОТАРИУСА

Штат \_\_\_\_\_ Округ \_\_\_\_\_

Я заявляю том, что мне известно, либо у меня есть убедительные доказательства того, что \_\_\_\_\_ (фамилия и имя лица) является лицом, явившимся в данное учреждение, и что данное лицо подтвердило, что он(-а) подписал(-а) настоящий документ свободно и добровольно и в целях, указанных в данном документе.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_ Мои полномочия истекают \_\_\_\_\_

**СВИДЕТЕЛИ: ТРЕБУЮТСЯ ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ, В КАЧЕСТВЕ ПОДПИСИ, ПОЛУЧАТЕЛЬ ПОСТАВИЛ ВЫШЕ ЗНАК (X)**

<b>1</b>	ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ _____	ДАТА _____	ФАМИЛИЯ И ИМЯ (СВИДЕТЕЛЯ) ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ _____	
	АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ (УЛИЦА И № ДОМА) _____	ГОРОД _____	ШТАТ _____	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____
<b>2</b>	ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ _____	ДАТА _____	ФАМИЛИЯ И ИМЯ (СВИДЕТЕЛЯ) ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ _____	
	АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ (УЛИЦА И № ДОМА) _____	ГОРОД _____	ШТАТ _____	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

**ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ DSHS (FOR DSHS USE ONLY)  
РАЗРЕШЕНИЕ НА АННУЛИРОВАНИЕ ПЛАТЕЖНОГО ДОКУМЕНТА**

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

Оригинал в Бухгалтерское управление (Office of Accounting Services).