|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Declaración jurada de DSHS de pérdida, hurto o destrucción de un certificado**  **DSHS Affidavit of Lost, Stolen, or Destroyed Warrant** | | | | | | | | | |
| ESTADO DE WASHINGTON )  )  ) | | | | | | **DEVOLVER A:**  DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  OFFICE OF ACCOUNTING SERVICES (OAS)  PO BOX 45842  OLYMPIA WA 98504-5842 | | | | Uso exclusivo de la OAS (OAS Use Only) | |
|  | |
| Yo,       (nombre en letra de molde), habiendo prestado el debido juramento, testifico y declaro que soy el dueño apropiado, acreedor o representante legal de tal dueño o acreedor del  Certificado Número       del Estado de Washington, con fecha       , por la cantidad de $      , y que dicho certificado ha sido perdido, destruido, o no me ha sido entregado, y que hasta donde sé no ha sido pagado. Si el certificado original se encuentra posteriormente, lo devolveré a la OAS. Acepto que si yo (como empleado o proveedor) cobro ambos certificados, la cantidad completa que aparece arriba puede ser retenida de mi(s) siguiente(s) pago(s).    FIRMA DEL BENEFICIARIO NÚMERO DE TELÉFONO DEL BENEFICIARIO    DIRECCIÓN POSTAL CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL  Soy un:  Empleado de DSHS  Otro: | | | | | | | | | |
| SELLO DEL NOTARIO | | | | Estado de       Condado de  Certifico que sé o que tengo evidencias satisfactorias de que  (nombre de la persona) es la persona que se presenta ante mí, y que dicha persona reconoció que (él/ella) firmó este instrumento y reconoce que tal firma fue su acto libre y voluntario para los usos y propósitos establecidos en el instrumento.  Fecha       Firma  Título       Mi nombramiento expira el | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **TESTIGOS: SON NECESARIOS SOLO SI EL BENEFICIARIO FIRMÓ CON UNA MARCA (X)** | | | | | | | | | | |
| **1** | FIRMA DEL TESTIGO FECHA | | | | | | | NOMBRE EN LETRA DE MOLDE (NOMBRE DEL TESTIGO) AQUÍ | | |
| DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL | | | | | | | | | |
| **2** | FIRMA DEL TESTIGO FECHA | | | | | | | NOMBRE EN LETRA DE MOLDE (NOMBRE DEL TESTIGO) AQUÍ | | |
| DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL | | | | | | | | | |
| **USO EXCLUSIVO DE DSHS (FOR DSHS USE ONLY)**  **AUTORIZACIÓN DE CANCELACIÓN DEL CERTIFICADO** | | | | | | | | | | | |
| **AGENCY/SUB** | | | **ISSUE DATE** | | **BIENNIUM** | |  | | **WARRANT NUMBER** | | |
|  | | |  | |  | |  | | |
| NAME | | | | | | | **REGISTER NUMBER** | | |
|  | | |
| **ADDRESS CITY STATE ZIP CODE** | | | | | | | **FUND** | | **AMOUNT** | | |
|  | | | | | | |  | |  | | |
|  | |  | | |
| **AUTHORIZED BY** | | | | | **TELEPHONE** | |  | |  | | |
|  | | | | |  | |  | |  | | |
|  | | | | | | | **TOTAL** | |  | | |