|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH AND FAMILIES (DCYF)  **Declaración jurada de pérdida, robo o destrucción de una orden**  **Affidavit of Lost, Stolen, or Destroyed Warrant** | | | | | | | |
| STATE OF WASHINGTON )  )  ) | | | | | | **DEVOLVER A:**  DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES  ACCOUNTING  PO BOX 40970  OLYMPIA WA 98504-0970 **O**  **ENVIAR POR CORREO ELECTRÓNICO A:** [dcyf.clientaccountingunit@dcyf.wa.gov](mailto:dcyf.clientaccountingunit@dcyf.wa.gov) | | | | Uso exclusivo de la OAS | |
|  | |
| Yo,  (nombre en letra de molde), habiendo prestado el debido juramento, testifico y declaro que soy el dueño legítimo, el beneficiario o el representante legal de dicho dueño o beneficiario de la orden número  del estado de Washington, de fecha  , por la cantidad de $ , y que dicha orden se ha perdido, se ha destruido o no me fie entregada, y que en la medida de mi conocimiento no se ha pagado. En caso de que la orden original se localice posteriormente, la devolveré al DCYF. Acepto que si yo (como empleado o proveedor) cobro ambas órdenes, la cantidad completa que aparece arriba puede ser retenida de mis siguientes pagos.    FIRMA DEL BENEFICIARIO NÚMERO DE TELÉFONO DEL BENEFICIARIO    DIRECCIÓN POSTAL CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL  Soy un:  Empleado del DCYF  Otro: | | | | | | | | | |
| SELLO DEL NOTARIO | | | Estado de  Condado de  Certifico que tengo conocimiento 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 patente 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 | | |
| CALLE Y NÚMERO CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL | | | | | | | | | |
| **2** | FIRMA DEL TESTIGO FECHA | | | | | | | NOMBRE EN LETRA DE MOLDE (NOMBRE DEL TESTIGO) AQUÍ | | |
| CALLE Y NÚMERO CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL | | | | | | | | | |
| **PARA USO EXCLUSIVO DEL DCYF**  **AUTORIZACIÓN DE CANCELACIÓN DE LA ORDEN** | | | | | | | | | | | |
| **AGENCY/SUB** | | **ISSUE DATE** | | | **BIENNIUM** | |  | | **WARRANT NUMBER** | | |
|  | |  | | |  | |  | | |
| NAME | | | | | | | **REGISTER NUMBER** | | |
|  | | |
| **ADDRESS CITY STATE ZIP CODE** | | | | | | | **FUND** | | **AMOUNT** | | |
|  | | | | | | |  | |  | | |
|  | |  | | |
| **AUTHORIZED BY** | | | | | **TELEPHONE** | |  | |  | | |
|  | | | | |  | |  | |  | | |
| Original to Accounting | | | | | | | **TOTAL** | |  | | |