

ID DE FORMULARIO

SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE ELEGIBILIDAD Y SISTEMA DE SEGUIMIENTO DE INFORMACIÓN
SOBRE ACOGIMIENTO DE MENORES
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE **DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES**

Departamento de Servicios Sociales del
Condado

NÚMERO DE CASO DEL CONDADO

ENERGÍA

SÍ

NO

SOLICITUD DE REPOSICIÓN DE CHEQUE

Se solicita que se reponga un cheque para el beneficiario mencionado abajo, quien afirma que el cheque original no ha sido recibido por la razón indicada a continuación.

ID DE SIS

FECHA DEL CHEQUE

ID DEL CASO CD

MONTO DEL CHEQUE

NÚMERO DEL CHEQUE

Mes Día Año

COMPLETE ESTA SECCIÓN EN SU TOTALIDAD SI LA DIRECCIÓN HA CAMBIADO

DIRECCIÓN LÍNEA 1

DIRECCIÓN LÍNEA 2

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL (ZIP)

INSTRUCCIONES: 1. No utilice este formulario para solicitar que la Oficina Estatal corrija o cambie un cheque de cualquier manera. Utilícelo únicamente para solicitar reposición de cheques.
2. Copie los datos de identificación del registro de cheques.

RAZÓN PARA LA REPOSICIÓN. (Proporcione una explicación completa, continúe en la parte posterior si es necesario)

PERSONA DE CONTACTO

Dirección de correo electrónico

TELÉFONO

FIRMA DEL DIRECTOR DEL CONDADO:

FECHA DE LA FIRMA

DECLARACIÓN JURADA - BENEFICIARIO

DECLARACIÓN JURADA - SEGUNDO BENEFICIARIO

Yo, tras prestar debido juramento, declaro y digo lo siguiente:

Yo _____
habiendo prestado debido juramento declaro y digo lo siguiente:

- 1) Yo soy el beneficiario nombrado en el cheque antes mencionado, cheque que fue emitido por el Estado de Carolina del Norte por cuenta del Fondo de Asistencia Pública;
- 2) Yo no he recibido, endosado, ni cobrado el mencionado cheque;
- 3) Si el cheque llega a mi poder, yo inmediatamente lo devolveré al Departamento de Servicios Sociales del Condado que se indica arriba. Yo no voy a endosar o cobrar dicho cheque
- 4) No he autorizado a nadie a endosar o cobrar el mencionado cheque, y yo no autorizaré a ninguna persona para que pueda endosar o cobrar dicho cheque;
- 5) Informaré al Departamento de Servicios Sociales del Condado cualquiera y toda la información que llegue a saber sobre este cheque perdido.

- 1) Yo soy el beneficiario nombrado en el cheque mencionado arriba, el cual que fue emitido por el Estado de Carolina del Norte por cuenta del Fondo de Asistencia Pública;
- 2) Yo no he recibido, endosado, ni cobrado el mencionado cheque;
- 3) Si el cheque llega a mi poder, yo inmediatamente lo devolveré al Departamento de Servicios Sociales del Condado que se indica arriba. Yo no voy a endosar o cobrar dicho cheque.
- 4) No he autorizado a nadie a endosar o cobrar el mencionado cheque, y yo no autorizaré a ninguna persona para que pueda endosar o cobrar dicho cheque;
- 5) Informaré al Departamento de Servicios Sociales del Condado cualquiera y toda la información que llegue a saber sobre este cheque perdido.

Firmad _____

o _____

Testigo _____

Testigo _____

Jurado y suscrito ante mí este _____ día de _____

Jurado y suscrito ante mí este _____ día de _____

Notario _____

Notario _____

Mi mandato es válido hasta _____

Mi mandato es válido hasta _____