

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**

[Empty box for ID de Formulario]

Departamento de Servicios Sociales del
Condado

NÚMERO DE CASO DEL CONDADO

[Empty box for 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

[Empty box for ID de SIS]

FECHA DEL CHEQUE

ID DEL CASO CD

MONTO DEL CHEQUE

NÚMERO DEL CHEQUE

Mes Día Año

[Empty box for ID del Caso CD]

[Empty box for Monto del Cheque]

[Empty box for Número del Cheque]

[Empty boxes for Mes, Día, Año]

COMPLETE ESTA SECCIÓN EN SU TOTALIDAD SI LA DIRECCIÓN HA CAMBIADO

DIRECCIÓN LÍNEA 1

DIRECCIÓN LÍNEA 2

[Empty lines for Dirección Línea 1 and 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.

[Empty boxes for Ciudad, Estado, and Código Postal (ZIP)]

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

[Empty area for Razon para la reposición]

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:

- 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.

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

- 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 _____