DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DEL ESTADO DE MISSOURI
DIVISION DE SERVICIOS FAMILIARES

DECLARACION JURAMENTADA PARA LA RESTITUCION DE UN CHEQUE

NOMBRE DE QUIEN HACE EL RECLAMO		CONDADO
FECHA DEL CHEQUE	NUMERO DEL CHEQUE	CANTIDAD DEL CHEQUE
NOMBRE O NOMBRES DE LOS BENEFICIARIOS DEL CHEQUE		

Yo, tal como aparezco identificado anteriormente y en mi condición de quien hace el reclamo, declaro lo siguiente:

El cheque identificado anteriormente: (marque uno solamente)

- ☐ nunca fue recibido;
- ☐ fue destruido;
- ☐ fue recibido pero se perdió;
- ☐ otro _____

Además, declaro que yo nunca he recibido la suma correspondiente al cheque ni parte de ella directa o indirectamente.

Es más, tengo conocimiento que al hacer, a sabiendas, una declaración falsa, con el propósito de obtener la restitución de un cheque que se haya perdido o destruido, o negociar el cheque original del estado para el que yo haya solicitado y obtenido una restitución, constituye una violación de las leyes penales del estado de Missouri.

Además, declaro que si el cheque original del estado para el que he obtenido restitución apareciera, este cheque original sería enviado directamente a la oficina del Tesorero del estado de Missouri.

Marque en la casilla que corresponda el lugar al que desea que se le envíe el cheque:

- ☐ Enviar en la casilla que corresponda el lugar al que desea que se le envíe el cheque.
- ☐ Enviar el cheque a la División de Servicios Familiares del condado.

DEBE SER FIRMADO EN PRESENCIA DE UN NOTARIO (MUST BE SIGNED IN PRESENCE OF NOTARY)	FIRMA DE QUIEN HACE EL RECLAMO (CLAIMANT SIGNATURE) ▶	NUMERO DEL CASO (IM CASE NO.)
DIRECCION (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL (ADDRESS [STREET, CITY, STATE, ZIP])		

NOTARY PUBLIC EMBOSSER OR BLACK INK RUBBER STAMP SEAL	STATE OF		COUNTY (OR CITY OF ST. LOUIS)
	SUBSCRIBED AND SWORN BEFORE ME, THIS DAY OF YEAR		**USE RUBBER STAMP IN CLEAR AREA BELOW.**
	NOTARY PUBLIC SIGNATURE	MY COMMISSION EXPIRES	
	NOTARY PUBLIC NAME (TYPED OR PRINTED)		