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

DECLARACION JURAMENTADA DE FALSIFICACION

NOMBRE DE QUIEN HACE EL RECLAMO		CONDADO
FECHA DEL CHEQUE (MES, DIA, AÑO)	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 que he examinado el endoso del cheque descrito anteriormente (del que se anexa copia) y afirmo que yo **no hice** ese endoso, ni lo autorice, ni solicite que se hiciera, ni tampoco conozco a la persona que falsificó dicho endoso. Declaro además que yo nunca he recibido la suma correspondiente al cheque ni parte de ella directa o indirectamente.

DEBE SER FIRMADO EN PRESENCIA DE UN NOTARIO	FIRMA DE QUIEN HACE EL RECLAMO ▶
	DIRECCION (CALLE, NUMERO DE BUZON POSTAL, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)

FIRMA DE QUIEN HACE EL RECLAMO	FIRMA DE QUIEN HACE EL RECLAMO
FIRMA DE QUIEN HACE EL RECLAMO	FIRMA DE QUIEN HACE EL RECLAMO
FIRMA DE QUIEN HACE EL RECLAMO	FIRMA DE QUIEN HACE EL RECLAMO

Marque en la casilla que corresponda el lugar al que desea que se le envíe el cheque (Mark the box where the claimant wants the replacement check sent):

☐ Enviar el cheque a la dirección que aparece en esta declaración. Si este es un cheque de Ayuda para Familias con Niños a su Cargo (AFDC), ¿desea la persona que hace el reclamo que sea enviado por Correo Certificado? (Mail the check to the address on the affidavit. If this is an aid to Families with Dependent Children check, does the claimant want certified mail used?)
☐ SI (YES) ☐ NO

☐ Enviar el cheque a la División de Servicios Familiares del Condado. (Mail the check to the county Division of Family Services.)

NUMERO DEL CASO IM CASE NUMBER	NOMBRE DEL COORDINADOR DEL CASO CASEWORKER NAME	NUMERO DE TELEFONO DEL COORDINATOR DEL CASO CASEWORKER TELEPHONE NUMBER

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)		