

CUSTODIAL TEST TEST

October 22, 2024

Katie Hobbs  
Governor

  
**DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY**  
*Your Partner For A Stronger Arizona*

Angie Rodgers  
Director

RE: CUSTODIAL TEST TEST and NONCUSTODIAL ATLAS TEST  
AZCARES No.: 001428730400

Si usted necesita asistencia con la traducción de este documento, por favor llame a la oficina y pregunte por un representante que hable español.

**BOND OF INDEMNITY  
ORIGINAL CHECK INFORMATION**

CUSTODIAL TEST TEST 1901 W MADISON ST APT 00000 PHOENIX, AZ 85009-5287	Fecha de emisión: 09/17/2024	Monto: \$500.00
	Numero de cheque: 1234-9876	
	Agencia emisora y buzón: DCSS M/D 7214/PD	
Azcars Case: 001428730400	Fecha: 10/22/2024	

**DECLARACIÓN JURADA DEL BENEFICIARIO**  
(Debe ser leído y firmado por el beneficiario)

Solicito la suspensión de pago en el cheque original descrito (si aún no se ha cancelado) y la emisión de un cheque de reemplazo.

Afirmo que: Cheque uno e inicial

CHEQUE INICIALES

\_\_\_\_\_ No recibí ni cobré el cheque original, ni tampoco recibí ninguno de los beneficios.

\_\_\_\_\_ Sí recibí el cheque original, pero lo perdí y nunca lo cobré ni recibí ninguno de los beneficios.

\_\_\_\_\_ Sí recibí el cheque original, pero fue robado. No lo cobré ni recibí ninguno de ddddddbeneficios.

Otro, explicar: \_\_\_\_\_



**Comentarios: (Proporcione detalles si el cheque se perdió o fue robado)** \_\_\_\_\_

También entiendo lo siguiente:

**DEVOLUCIÓN DEL CHEQUE ORIGINAL** Si más adelante encuentro o recibo el cheque original, lo devolveré al Departamento de Seguridad Económica de Arizona, División de Servicios de Protección al Menor (Child Support Services).

**EMISIÓN DEL DUPLICADO** Si se me brinda un cheque de reemplazo y cobro tanto el original como el reemplazo, recibiré el doble del dinero. Seré responsable de pagar el monto que no me pertenece.

**PENALIDAD POR FRAUDE** Si a sabiendas y deliberadamente recibí una emisión duplicada, podré ser sujeto a un procesamiento por fraude como está previsto por la Ley Estatal de Arizona.

El demandante acepta que la información brindada es verdadera bajo pena de perjurio.

\_\_\_\_\_  
Payee's Signature

Subscribed and sworn to before me this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notary Public or Deputy Clerk of the Superior Court

\_\_\_\_\_  
My Commission Expires

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede comunicarse con el Servicio al Cliente de DCSS al (602) 252-4045 (dentro de Condado de Maricopa), o gratis al 1-800-882-4151, ó Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. También puede ponerse en contacto con nosotros por e-mail en el sitio web de DCSS en [www.azdes.gov/dcss](http://www.azdes.gov/dcss).

Equal Opportunity Employer / Program • Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities • To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact the Division of Child Support Services at (602) 252-4045; TTY/TDD Services: 7-1-1 • Disponible en español en línea o en la oficina local.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la División de Servicios de Sustento para Menores al (602) 252-4045; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office.

