Modelo SC 1634(ASR)
Regl. Núm. 50

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE RETIRO
OFICINA DE FINANZAS

Número Number
Fecha Date

SOLICITUD DE NUEVO CHEQUE EN SUSTITUCION DEL ORIGINAL

Application for New Check in Substitution of the Original

1. Descripción del Cheque
Description of Check

Nombre y Dirección del Tomador Name and Address of Payee	Importe Amount	Número Number	Fecha Date

Librador
Drawer

Banco
Drawee

2. Concepto por el cual se expidió el cheque
Reason for issuance of check

3. ¿Fue expedido el cheque a su favor? En caso negativo, explique cómo llegó a su poder.
Was check issued to your order? If not, explain how it came into your possession.

☐ Sí ☐ No
Yes

4. ¿Recibió usted o alguien en su lugar el cheque? Si el cheque fue recibido, explique toda la información relacionada con el extravío, sustracción, mutilación o destrucción del cheque?
Did you receive the check or someone on your behalf? If the check was receive,state all information known by your regarding the loss, theft, mutilation or destruction of the check.

☐ Sí ☐ No
Yes

5. ¿Estaba endosado el cheque? En caso afirmativo indique la forma exacta del endosado.
Was check endorsed? If endorsed, state exact manner of the endorsement.

☐ Sí ☐ No
Yes

6. Declaro bajo las penalidades de perjurio que soy el dueño legítimo del cheque antes descrito, que no lo he cobrado ni he autorizado a nadie a cobrarlo, que no ha sido anulado, que todos los datos suministrados en esta solicitud son correctos de acuerdo con mi mejor información y creencia; y por la presente solicito que el pago del mismo sea suspendido y se expida un nuevo cheque en sustitución del original.

I state under penalty of perjury that I am the legitimate owner of the above described check, that I have not collected it nor authorized anybody to do it, that it has not been void, that all information herein included is correct to my best knowledge and belief; and that hereby I request that the payment of said check be stopped and that a new check in substitution of the original be issued.

COMPLETESE SI EL RECLAMANTE NO SABE FIRMAR
To be executed if Claimant does not know how to sign

_____
Firma del Testigo de la Marca – Signature of Witness of the Mark

_____
Nombre del Testigo de la Marca- Name of Witness of the Mark
(use letra de Molde – Please Print)

_____
Dirección del Testigo – Address of Witness
(use letra de Molde – Please Print)

_____
Firma o Marca del Reclamante- Signature of Mark of Claimant

_____
Número de Seguro Social – Social Security Number

_____
Firma del Cónyuge o Tutor – Signature of Spouse or Tutor

_____
Número de Seguro Social – Social Security Number

_____ _____
Fecha – Date Teléfono - Phone

PARA USO DEL AREA DE SERVICIOS AL PENSIONADO DE LA ADMINISTRACION DE LOS SISTEMAS DE RETIRO

Certifico que de acuerdo con nuestros récords no se ha procesado ni está en proceso ninguna anulación del cheque original Núm. _____ de _____ expedido a favor de _____ Cifra de Cuenta _____ y que procede el pago del mismo.

_____
Fecha

_____
Nombre y Firma del Director del Area de Servicios al Pensionado o su Repte. Autorizado

PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE HACIENDA – FOR USE OF THE DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE REINTEGRO		DESCRIPCION DEL NUEVO CHEQUE		
Número	Fecha	Número	Fecha	Tomador

Lea las instrucciones al dorso antes de llenar este formulario
Before filling this Form read instructions at the back

Conservación: Seis años o una intervención de la Oficina del Contralor, lo que ocurra primero.