

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO PARA RECLUSOS

Al completar y firma este formulario, autorizo al Departamento de Seguridad Pública y Servicios Correccionales y sus empleados fiscales a emitir un cheque desde mi cuenta como se indica a continuación. Entiendo que toda solicitud de desembolso mayor a quinientos dólares (\$500) se debe procesar a través de transmisión al auditor de Maryland.

No SID: \_\_\_\_\_ Centro: \_\_\_\_\_ Unidad de alojamiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del recluso: \_\_\_\_\_ Firma del recluso: \_\_\_\_\_

Propósito: \_\_\_\_\_ Monto (en palabras): \_\_\_\_\_ Monto \$: \_\_\_\_\_  
(el monto escrito debe coincidir con el monto numérico o se devolverá la solicitud)

Pagable a: \_\_\_\_\_ FEIN/SS#: \_\_\_\_\_ No. Tel: \_\_\_\_\_  
(nombre completo en imprenta) (se requiere el FEIN o SS# correcto y número de teléfono del beneficiario para montos de \$500 o más)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Aprobado por oficial: \_\_\_\_\_ Firma del oficial: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Aprobado por supervisor: \_\_\_\_\_ Firma del supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ESTA SECCIÓN LA DEBE COMPLETAR EL DIRECTOR DE LA PRISIÓN O REPRESENTANTE SI

\_\_\_\_\_ APROBADO \_\_\_\_\_ DENEGADO Motivo de denegación: \_\_\_\_\_

Firma y fecha del director (o representante): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ADM form # 245-1aR (Rev. 03/2023)

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO

Al completar y firma este formulario, autorizo al Departamento de Seguridad Pública y Servicios Correccionales y sus empleados fiscales a emitir un cheque desde mi cuenta como se indica a continuación. Entiendo que toda solicitud de desembolso mayor a quinientos dólares (\$500) se debe procesar a través de transmisión al auditor de Maryland.

No SID: \_\_\_\_\_ Centro: \_\_\_\_\_ Unidad de alojamiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del recluso: \_\_\_\_\_ Firma del recluso: \_\_\_\_\_

Propósito: \_\_\_\_\_ Monto (en palabras): \_\_\_\_\_ Monto \$: \_\_\_\_\_  
(el monto escrito debe coincidir con el monto numérico o se devolverá la solicitud)

Pagable a: \_\_\_\_\_ FEIN/SS#: \_\_\_\_\_ No. Tel: \_\_\_\_\_  
(nombre completo en imprenta) (se requiere el FEIN o SS# correcto y número de teléfono del beneficiario para montos de \$500 o más)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Aprobado por oficial: \_\_\_\_\_ Firma del oficial: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Aprobado por supervisor: \_\_\_\_\_ Firma del supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ESTA SECCIÓN LA DEBE COMPLETAR EL DIRECTOR DE LA PRISIÓN O REPRESENTANTE SI

\_\_\_\_\_ APROBADO \_\_\_\_\_ DENEGADO Motivo de denegación: \_\_\_\_\_

Firma y fecha del director (o representante): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ADM form # 245-1aR (Rev. 03/2023)

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO

Al completar y firma este formulario, autorizo al Departamento de Seguridad Pública y Servicios Correccionales y sus empleados fiscales a emitir un cheque desde mi cuenta como se indica a continuación. Entiendo que toda solicitud de desembolso mayor a quinientos dólares (\$500) se debe procesar a través de transmisión al auditor de Maryland.

No SID: \_\_\_\_\_ Centro: \_\_\_\_\_ Unidad de alojamiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del recluso: \_\_\_\_\_ Firma del recluso: \_\_\_\_\_

Propósito: \_\_\_\_\_ Monto (en palabras): \_\_\_\_\_ Monto \$: \_\_\_\_\_  
(el monto escrito debe coincidir con el monto numérico o se devolverá la solicitud)

Pagable a: \_\_\_\_\_ FEIN/SS#: \_\_\_\_\_ No. Tel: \_\_\_\_\_  
(nombre completo en imprenta) (se requiere el FEIN o SS# correcto y número de teléfono del beneficiario para montos de \$500 o más)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Aprobado por oficial: \_\_\_\_\_ Firma del oficial: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Aprobado por supervisor: \_\_\_\_\_ Firma del supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ESTA SECCIÓN LA DEBE COMPLETAR EL DIRECTOR DE LA PRISIÓN O REPRESENTANTE SI

\_\_\_\_\_ APROBADO \_\_\_\_\_ DENEGADO Motivo de denegación: \_\_\_\_\_

Firma y fecha del director (o representante): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ADM form # 245-1aR (Rev. 03/2023)