

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO PARA ENCARCELADO INDIVIDUOS (II)

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 II: _____ Firma del II: _____

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: _____

OPS form # 245-1aR (rev. 11/2024)

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO PARA ENCARCELADO INDIVIDUOS (II)

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 II: _____ Firma del II: _____

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: _____

OPS form # 245-1aR (rev. 11/2024)

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO PARA ENCARCELADO INDIVIDUOS (II)

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 II: _____ Firma del II: _____

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: _____

OPS form # 245-1aR (rev. 11/2024)