

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO PARA RECLUSOS

Al completar y firmar 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): \_\_\_\_\_  
(el monto escrito debe coincidir con el monto numérico o se devolverá la solicitud)

Monto: \$ \_\_\_\_\_  
(en números)

Pagable a: \_\_\_\_\_ FEIN/SS#: \_\_\_\_\_  
(nombre completo en imprenta) (se requiere el FEIN o SS# correcto y número de teléfono del beneficiario para montos de \$500 o más)

No. Tel: \_\_\_\_\_ 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 SE REQUIERE APROBACIÓN**

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

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