NYC Finance

TRIBUNAL Y FIDEI-COMISO

DEPARTAMENTO DE FINANZAS • DIVISIÓN TESORERÍA

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE FIRMA

Enviar por correo a: NYC Department of Finance, Treasury/Court Assets, 66 John Street, 12th Floor, New York, NY 10038

Instrucciones: Si aún no ha firmado y certificado por un notario la Solicitud de Certificado de Depósito relacionado con el caso, como beneficiario nombrado en la orden del tribunal, usted debe completar, firmar y hacer certificar este formulario por un notario. El pago no puede ser efectuado hasta que se verifique la firma del beneficiario. Un notario ajeno a los intereses de las partes debe certificar todas las firmas. Se requiere un certificado de autenticidad para los notarios fuera del estado de Nueva York. Envíe el formulario completo a la dirección que se indica más arriba. Para obtener más información llame al 212-291-4870/212-291-4897.

CERTIFICACIÓN DE FIRMA (A COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO)

Nombre del beneficiario _____ _____
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA — APELLIDO EN LETRA DE IMPRENTA

_____ Fecha: _____/_____/_____
FIRMA DEL BENEFICIARIO

Nombre de la firma: _____ _____
(Si es una corporación, propietario individual o sociedad): NOMBRE DE LA FIRMA EN LETRA DE IMPRENTA — NOMBRE DEL FUNCIONARIO CORPORATIVO EN LETRA DE IMPRENTA

Dirección del beneficiario: _____ Apto. #: _____
NÚMERO Y CALLE

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

NOTARIO

Jura ante mí:

a los _____ días de _____, 20_____, ante mí, comparece en persona el que

suscribe _____ y _____ y _____

de mi conocimiento, o cuya identidad ha quedado comprobada en el instrumento y reconoció ante mí que él/ella/ellos firmó/firmaron el mismo actuando en su capacidad, y que mediante su firma, la/s persona(s), o la persona en nombre de quien actúa(n) tal(es) persona(s), formalizó/formalizaron el instrumento.

Sello del Notario Aquí

_____
Firma del Notario

A COMPLETAR POR FINANZAS

CASO _____ NRO. DE CUENTA: _____

Esta oficina ha recibido una orden del: Tribunal: _____ Condado: _____

que lleva el/los nombre(s) del/de los reclamante(s), beneficiarios o abogado donde se ordena pagar al abogado: _____

_____ _____/_____/_____ _____ _____/_____/_____
INICIALES DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN AL CLIENTE — FECHA — INICIALES DEL SUPERVISOR — FECHA