



Dear SRP Customer:

You recently requested reimbursement for cash lost in an SRP PayCenter®.

Please fill out the “Affidavit of Cash (Only) Lost” on the back of this form. To expedite the processing of this claim, it is important that you fully complete each section.

Attach the PayCenter receipt and/or any messages printed by the PayCenter to the Affidavit.

Return the completed Affidavit to:

SRP
CUB 363
P.O. Box 52025
Phoenix, AZ 85072-2025

You can expect a written response within two weeks from the date the form is received by SRP.

Estimado Cliente de SRP:

Usted solicitó recientemente un reembolso por dinero perdido en un PayCenter de SRP.

Por favor llene la “Declaración Jurada de Dinero (Únicamente) Perdido” que se encuentra atrás de esta forma. Para facilitar el procesamiento de su reclamación, es importante que llene cada sección completamente.

Adjunte el recibo del PayCenter y/o cualquier mensaje impreso por el PayCenter a la Declaración.

Regrese la Declaración completada a:

SRP
CUB 363
P. O. Box 52025
Phoenix, AZ 85072-2025

Puede contar con una respuesta escrita dentro de dos semanas a partir de la fecha que SRP reciba su forma.

SALT RIVER PROJECT AGRICULTURAL AND IMPROVEMENT DISTRICT
P.O. BOX 52025
PHOENIX, AZ 85072-2025
INFORMATION: (602) 236-8888 FAX (602) 236-2442

AFFIDAVIT OF CASH (ONLY) LOST

SRP Account Number:		Contact Phone:					
Name on Account: (First, Middle, Last)							
Address: (Number and Street, City, State, Zip Code)							
Name of Individual Claiming Loss and Address if different from above:							
Date of Loss:		PayCenter Location:					
Time of Loss:		Actual Currency Lost (Number of Bills): \$100 _____ \$50 _____ \$20 _____ \$10 _____ \$5 _____ \$1 _____					
\$ _____ Total Amount Lost		Explanation of Circumstances:					

I, _____ (print), declare that the above information is true and correct.

Signature of Claimant

Date

DECLARACION JURADA DE DINERO (UNICAMENTE) PERDIDO

Número de Cuenta de SRP:		Número de Teléfono:					
Nombre en la Cuenta: (Nombre Completo)							
Domicilio: (Número de Casa y Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)							
Nombre de la Persona Reclamando la Pérdida y Domicilio si es diferente al indicado arriba:							
Fecha de la Transacción:		Localidad del PayCenter :					
Hora de la Transacción:		Moneda Actualmente Perdida (Nominación de Billetes): \$100 _____ \$50 _____ \$20 _____ \$10 _____ \$5 _____ \$1 _____					
\$ _____ Cantidad Total Perdida		Explicación de la Manera que Occurrió:					

Yo, _____ (nombre completo), declaro que la información proporcionada arriba es verdadera y correcta.

Firma del Reclamante

Fecha