

Formulario para solicitud de reemisión de pago para cónyuge superviviente único

Use este formulario para solicitar que se vuelva a emitir un pago a su nombre únicamente cuando se cumplan las siguientes condiciones:

1. Usted es el único cónyuge superviviente de un prestatario fallecido.
2. Ha recibido un cheque del Fondo de contribuciones según la Ley de Ayuda Civil para Militares (Servicemembers Civil Relief Act, SCRA).
3. Su cónyuge fallecido también recibió un cheque del Fondo de contribuciones según la Ley SCRA.
4. Usted es elegible para que se le vuelva a emitir a su nombre el cheque del Fondo de contribución según la Ley SCRA de su cónyuge fallecido.

Si cumple todas estas condiciones, complete el formulario en su totalidad y fírmelo en presencia de un notario (que también debe firmarlo). Envíe por correo postal el formulario con una copia del certificado de defunción y el cheque original a la dirección que figura abajo. Si *no cumple* con las condiciones mencionadas anteriormente, envíe en su lugar el **Formulario para solicitud de reemisión de pago para un prestatario fallecido**. Los formularios están disponibles en www.SCRAContributionFund.com.

Procesaremos el formulario y tomaremos las medidas razonables para validar la información que usted ha enviado.

Si hubiera preguntas sobre su presentación, podremos solicitarle información o documentación adicional. Una vez que se haya procesado y validado su formulario, se volverá a emitir el cheque a su nombre por el monto total del pago. El cheque se envía por correo postal, generalmente, dentro de los 30 días posteriores a la validación. Si no se devuelve el cheque original, no le podremos enviar el cheque de reemplazo hasta por lo menos 40 días después de la fecha de anulación del cheque original.

Información del cheque inicial del Fondo de contribuciones según la Ley SCRA que usted recibió (en caso de que la conozca).

¿Cheque adjunto?	Fecha del cheque	N.º del cheque	Valor	N.º de seguimiento	N.º de préstamo
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Su información (cónyuge superviviente único de un coprestatario fallecido)

Nombre
Dirección postal
Presentado por: <input type="checkbox"/> Cónyuge superviviente único <input type="checkbox"/> Representante de cónyuge superviviente único (adjunte comprobante de representación)

Información de coprestatario fallecido (adjunte copia de certificado de defunción)

Nombre	Fecha de defunción
--------	--------------------

Declaración jurada y Acuerdo de exoneración de responsabilidad: Declaro que (1) la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y exacta; (2) tengo derecho exclusivo a los beneficios derivados de esta acción correspondientes al préstamo mencionado anteriormente y (3) no tengo conocimiento de ningún reclamo impago en contra el fallecido o su masa sucesoral. Entiendo que Epiq Class Action & Claims Solutions, Inc. ("Epiq") se basa en esta Declaración jurada como instrumento para reconocer mi interés en esta acción.

En contraprestación de reconocer mi interés en esta acción, acepto exonerar de toda responsabilidad, defender y liberar a Epiq y al Fondo de contribución según la Ley SCRA, junto con sus filiales y/o intereses relacionados, funcionarios y directores, agentes y empleados, de todo reclamo, pérdida o daño que surja de este reclamo de autoridad, lo que incluye, a título enunciativo pero no limitativo, cualquier responsabilidad por impuestos, aranceles o sanciones estatales o federales.

Nombre en letra imprenta	Firma	Fecha
Autenticado ante mí el _____ de _____ de 20_____.		Sello del notario público
Firma del notario:		

Envíe el formulario por correo a: SCRA Contribution Fund, PO Box 6389, Portland, OR 97228-6389

¿Tiene alguna pregunta? Si tiene preguntas, llame al 1-877-551-6853 (de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 9:00 p. m., hora del este) o visite www.SCRAContributionFund.com.

¿Tiene alguna pregunta? Llame al 1-877-551-6853 o visite www.SCRAContributionFund.com