

**OYSTER-ADAMS COMMUNITY COUNCIL**  
**CONSEJO COMUNITARIO DE OYSTER-ADAMS**

**REQUEST FOR PAYMENT**  
**SOLICITUD DE PAGO**

Payee/ Beneficiario:		Requestor/ Solicitante:	
Payee Phone/ Teléfono Beneficiario		Requestor Phone/ Teléfono Solicitante	
Email/Correo Electrónico		Email/Correo Electrónico	
Address/Dirección: Street/ Calle		Requestor Signature/Date Firma Solicitante/Fecha	
City/Ciudad		Benefiting Class/Event Clase Beneficiada/Evento	
State/Estado, ZIP/Código Postal		Amount/ Monto	\$
Purpose/ Uso			
Documentation/			

**Approval/Aprobación**

Budget Manager Signature/Date Firma Gerente de Presupuesto/ Fecha		Treasurer Signature/Date Firma Tesorero/ Fecha	
Check Number/ Número del Cheque		Check Date / Fecha del Cheque	

Please submit all receipts within 30 days of incurring expenses. All reimbursements shall be complete within 30 days of submission.

Por favor presente todos los recibos dentro de los siguientes 30 días de haber incurrido en los gastos. Los reembolsos se completarán dentro de 30 días después de recibir su solicitud.

**Office Use Only/ Para Uso Exclusivo de la Oficina**

Class/ Account Code Clase/ Código de Cuenta		Date Entered/ Fecha de ingreso	
Class/ Account Code Clase/ Código de Cuenta		Book Keeper (Initial/Date) Contador (Iniciales/Fecha)	

Fiscal Year/ Año Fiscal		Month/ Mes		Class/ Clase	
----------------------------	--	------------	--	--------------	--