

**Junta de Seguridad Para los Clientes**  
**Del Tribunal Supremo de Massachusetts**  
*Preservando la Confianza desde 1974*

RECLAMO CONFIDENCIAL DE REEMBOLSO

INSTRUCCIONES:

- Usted debe responder todas las preguntas en este formulario de reclamo.
- Si usted necesita más espacio, por favor agregue más páginas. Si usted tiene alguna pregunta con relación al formulario de reclamo, por favor llámenos al 617-728-8700 o envíenos un correo electrónico a: info@masscsb.org
- Usted debe enviarnos copias de todos los documentos relacionados con su reclamo que tenga en su posesión.

IMPORTANTES HECHOS PARA ENTENDER Y RECORDAR

NADIE TIENE DERECHO AL REEMBOLSO DE LA JUNTA DE SEGURIDAD DE LOS CLIENTES.  
TODOS LOS REEMBOLSOS HECHOS POR LA JUNTA SON CUESTIONES DE ACTO DE GRACIA, NO DE DERECHO.  
LA JUNTA REEMBOLSARA SOLAMENTE LA CANTIDAD QUE SU ABOGADO, EN REALIDAD LE ROBO.  
EL CONSEJO NO TIENE EN CUENTA NI RESUELVE DISPUTAS RELACIONADAS CON CUOTAS.  
LA JUNTA NO REEMBOLSA POR NEGLIGENCIA POR PARTE DEL ABOGADO O MALA PRAXIS.  
TODAS LAS DECISIONES DEL CONSEJO RELACIONADAS CON LAS RECLAMACIONES SON FINALES.  
NO EXISTE APELACIÓN.  
NINGÚN ABOGADO PUEDE CARGAR UNA CUOTA POR AYUDARTE A COMPLETAR ESTE FORMULARIO  
DE LA RECLAMACIÓN.

1: Información acerca de Usted:

Solicitante: Nombre: (Sr/Sra/Srta) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Zip: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

2: Información acerca del abogado (a) quien deshonestamente tomó su dinero o propiedad:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Zip \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

3: ¿Usted informó esta pérdida a la Junta de Supervisores del Colegio de Abogados? Sí  No  ¿El Fiscal de Distrito? Sí  No  ¿A la Policía? Sí  No  ¿Alguna otra agencia? Sí  No  Si usted ha presentado informes, por favor adjunte las copias de todos los documentos y cuéntenos lo que sucedió. Si no ha presentado informe, por favor explique porqué.

---

---

4: Explique todo lo que usted hizo para recuperar su pérdida directamente de su abogado o de cualquier otra fuente. (Por favor adjunte copias de todos sus documentos.):

---

---

¿Ha recibido alguna compensación de su pérdida del abogado o de cualquier otra fuente? SI  NO   
SI ES ASÍ, díganos cuándo, cuánto fué y de parte de quién.

---

---

5: ¿Alguien más tiene un interés en o ha reclamado el dinero u otra propiedad tomada por el abogado? Por favor describa ese interés.

---

---

6: ¿Hay alguna otra fuente a través de la cual se pueda reembolsar, tal y como un seguro por negligencia médica, fianza fiduciaria o contratos de garantía? Sí  No  No lo sé  En caso de que sea afirmativo, por favor describa la fuente.

---

---



11: ¿Ha solicitado usted la protección por bancarrota? Sí  NO

¿Su abogado ha presentado protección por bancarrota? Sí  NO  NO SABE

12: Por favor infórmenos sobre el abogado u otra persona quien lo representa o ayuda ahora con este formulario del reclamo:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Zip \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

#### LIMITACIONES Y ACUERDOS

A: Este reclamo está hecho para persuadir al Consejo de Seguridad de los Clientes (Consejo) para que procese, investigue y considere el reembolso del Fondo de Seguridad de sus Clientes (Fondo) de la totalidad o parte de la pérdida sufrida por el solicitante debido a la conducta deshonesto de el abogado nombrado en este formulario de reclamo.

B: Si la Junta decide reembolsar al solicitante, el solicitante está de acuerdo con:

1. Transfiera y asigne a la Junta todos los reclamos, demandas, causas de la acción tomada y demandas contra el abogado que surgieron debido a la conducta deshonesto en que se basa este reclamo de reparación.

2. Autorice a la Junta para que procese todas las reclamaciones, demandas, causas de acción y demandas contra el abogado, ya sea a nombre del demandante o en nombre de la Junta, o de ambas, ya que la Junta, a su criterio exclusivo, puede considerarlo apropiado.

3. Coopere con la Junta en todos los esfuerzos de la Junta para hacer cumplir cualquier reclamo, demanda, causa de acción o demanda contra el abogado.

C: El (la) Solicitante entiende que:

1. **Solo la Junta controlará todas las acciones civiles tomadas contra el abogado y la Junta podrá enjuiciar, no enjuiciar o abandonar cualquier reclamo, demanda, causa de acción o demanda contra el abogado que la Junta Directiva considere apropiada sin el consentimiento del demandante o su aprobación.**

2. **Antes de que el reclamante reciba cualquier pago de la Junta y su Fondo, el reclamante deberá firmar y entregar a la Junta un acuerdo escrito provisto por la Junta que establezca que si el reclamante (o la herencia del solicitante) debe recibir alguna restitución del abogado o del La propiedad del abogado El demandante deberá (a) notifique rápidamente a la Junta de dicha restitución, y (b) reembolse inmediatamente al Fondo toda la restitución que no exceda el monto del reembolso original del Fondo.**

**D: Al establecer el Fondo, el Tribunal Supremo de Massachusetts no creó ni reconoció ninguna responsabilidad legal por los actos individuales de abogados en el ejercicio de la abogacía. Todos los reembolsos de pérdidas por parte de la Junta del Fondo serán una cuestión de gracia a la sola discreción de la Junta y no una cuestión de derecho. El solicitante declara que no se han pagado ni se pagarán honorarios a ningún abogado por los servicios prestados en la preparación o presentación de este reclamo, o por el pago de cualquier suma por parte de la Junta debido a este reclamo. Ningún cliente o miembro del público tiene ningún derecho en el Fondo como tercer beneficiario o de otro modo. No existe apelación con relación con la decisión de la Junta.**

**Yo verifico y afirmo, bajo pena de perjurio, que toda la información proporcionada en este formulario de reclamación es verdadera y que entiendo las LIMITACIONES Y ACUERDOS (A, B, C y D anteriores) y los cumpliré por completo.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

**Envíe este formulario de reclamo completado, copias de todos los documentos de respaldo y el estado financiero a:**

THE CLIENTS' SECURITY BOARD  
99 HIGH STREET – 2ND FLOOR  
BOSTON, MA 02110-2320

**Por favor conserve una copia del formulario de reclamo completado y todos los documentos de respaldo.**

## DECLARACIÓN FINANCIERA CONFIDENCIAL

Cada solicitante debe completar un estado financiero por separado.  
 Por favor responda todas las preguntas.  
 Si necesita más espacio para sus respuestas, por favor adjunte una hoja adicional.

<b>Nombre del Solicitante:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>No. de Dependientes en el hogar</b> _____
<b>Ocupación: Empleador:</b> <b>Dirección del empleador y Número de Teléfono:</b>	<b>¿Cuánto ha gastado usted para tratar de recuperar el dinero que deshonestamente fué robado por su abogado?</b> \$ _____
<b>Estimado de ingreso Anual Familiar Ganado:</b> <input type="checkbox"/> Por debajo de \$25,000 <input type="checkbox"/> Entre \$25,000 - \$50,000 <input type="checkbox"/> Entre \$50,000 - \$100,000 <input type="checkbox"/> Entre \$100,000 - \$300,000 <input type="checkbox"/> Entre \$300,000 - \$900,000 <input type="checkbox"/> Por encima de \$900,000	<b>Estimados Actuales de los gastos familiares mensuales (excluyendo el alquiler o el pago de la hipoteca):</b> <input type="checkbox"/> Por debajo de \$1,500 <input type="checkbox"/> Entre \$1,500 - \$3,500 <input type="checkbox"/> Entre \$3,500 - \$6,000 <input type="checkbox"/> Por encima de \$6,000
<b>Ingresos adicionales anuales estimados del hogar: (Fuentes: pensión, pensión conyugal o alimenticia, seguridad social, discapacidad, dividendos, intereses, alquileres, fideicomisos, anualidades, etc.)</b> <input type="checkbox"/> Por debajo de \$25,000 <input type="checkbox"/> Entre \$25,000 - \$50,000 <input type="checkbox"/> Entre \$50,000 - \$100,000 <input type="checkbox"/> Por encima de \$100,000 <input type="checkbox"/> No Aplica  Por favor especifique las fuentes:	<b>Estimado del Valor Total de TODAS las demás propiedades de su hogar: (automóviles, camiones, cuentas bancarias, Cuenta Individual de Jubilación, 401 (k) s, joyas, acciones, bonos, obras de arte)</b> <input type="checkbox"/> Por debajo de \$50,000 <input type="checkbox"/> Entre \$50,000 - \$150,000 <input type="checkbox"/> Por encima de \$150,000,000 <input type="checkbox"/> No se Aplica  Por favor especifique:
<b>Valor evaluado de sus bienes inmobiliarios:\$</b> _____  <b>Hipotecas pendiente en ese Bien Inmobiliario.\$</b> _____	<b>Por favor proporcione cualquier otra información sobre sus finanzas que considere que la Junta necesite saber. Si es necesario, por favor utilice una página adicional.</b>

Yo verifico y afirmo, bajo pena de perjurio, que toda la información proporcionada en este estado financiero es verídica.

Fecha: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_