

JUNTA DE SEGURIDAD DEL CLIENTE DE MINNESOTA
(MINNESOTA CLIENT SECURITY BOARD)
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Oficinas
1500 Landmark Towers
345 St. Peter Street
St. Paul, MN 55102-1218
(651) 296-3952
Sin costo 1-800-657-3601
Fax (651) 297-5801 TTY
sin costo 1-800-627-3529

<http://csb.mncourts.gov>

Si usted tiene alguna discapacidad y cree que necesitará adaptación de acceso, haga el favor de comunicarse con Susan Humiston lhprada@courts.state.mn.us o llame al 651-296-3952. Todas las peticiones para la adaptación de acceso recibirán la debida consideración y pueden requerir un proceso interactivo entre el solicitante y la Oficina de Responsabilidad Profesional de los Abogados para determinar el mejor procedimiento a seguir. Si usted cree que se le ha excluido de participar o se le han negado beneficios de cualquier servicio de la Oficina de Responsabilidad Profesional de los Abogados debido a alguna discapacidad, haga el favor de visitar www.mncourts.gov/ADAaccommodation.aspx para obtener información sobre cómo presentar un formulario de Queja ADA (ADA Grievance form).

Por medio de la presente, solicito a la Junta de Seguridad del Cliente de Minnesota pago por una pérdida que sufrí debido a la deshonestidad de mi abogado. Tengo entendido que el pago que la Junta hace es discrecional y no es un derecho.

1. Mi nombre, dirección y número telefónico son los siguientes:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____

2. El nombre, dirección y número telefónico del abogado cuyos actos deshonestos causaron mi pérdida son:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____

- b. ¿Ha hecho usted alguna otra reclamación o demanda en contra del abogado o en contra de los bienes del abogado (como reclamaciones de seguro, reclamación de arbitraje, etc.)?

- c. ¿Se ha comunicado usted con las autoridades adecuadas sobre posible procesamiento penal?

Si ha contestado sí a cualquiera de estas preguntas, adjunte copias de su reclamación, demanda o escritos. Si la respuesta es no, explique por favor por qué no ha tomado ninguna de estas acciones.

- 8. ¿Su pérdida le ha causado a usted algún apuro en particular? Si es así, descríballo.

- 9. Juro que la información anterior es correcta y completa.

Firma del Demandante

ACUERDO DE SUBROGACIÓN

Si la Junta de Seguridad del Cliente (*Client Security Board*) me paga cualquier cantidad por mi pérdida, estoy de acuerdo que la Junta estará subrogada, en la cantidad del pago que se me hizo a mí, a todos mis derechos en contra del abogado nombrado en esta reclamación, los bienes del abogado, las propiedades del abogad, el bufete del abogado o de su(s) socio(s) o cualquier otra persona(s) o entidad(es) en contra de los derechos de subrogación que se hagan valer. Yo autorizo a la Junta a que tome acción en la reclamación subrogada. Entiendo que se me notificará si la Junta toma acción. Estoy de acuerdo en cooperar con peticiones razonables por parte de la Junta para ayudar a tomar acción en la reclamación subrogada incluyendo peticiones para información y/o documentos y/o para testificar. También reconozco que me puedo unir a la acción para presentar una reclamación por mi pérdida que exceda la cantidad que el Fondo me ha pagado, pero que el Fondo tiene prioridad a lo que se pudiese recuperar en la demanda. Finalmente, por medio de la presente asigno a la Junta de Seguridad del Cliente (*Client Security Board*) cualquier fallo el cual yo tenga derecho a obtener o que obtenga en este asunto en la medida de cualquier pago hecho por la Junta de Seguridad del Cliente.

Firma del Demandante

FIRMADO BAJO JURAMENTO ante mí

el _____, _____

por _____.

Notario Público