ATTORNEY REGISTRATION AND DISCIPLINARY COMMISSION
of the
SUPREME COURT OF ILLINOIS

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE PROTECCIÓN AL CLIENTE

Instrucciones: **Conteste todas las preguntas de esta solicitud. Si el espacio es insuficiente, adjunte páginas adicionales. Es importante que presente todas las pruebas que demuestren su pérdida, como cheques cancelados, recibos, cartas, informes de cierre, etc.**

Nota: **Envíe su solicitud completa junto con cualquier otra evidencia a:**

ARDC Client Protection Program
130 E. Randolph Dr., Ste. 1500
Chicago, IL 60601-6219
Teléfono: (312) 565-2600 or (800) 826-8625
Fax: (312) 565-2320
Correo electrónico: information@iardc.org

ESCRIBA A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE:

1. Su nombre:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono particular Teléfono comercial Teléfono celular

Correo electrónico:

2. Nombre del abogado que ha tomado su dinero:

Nombre del despacho de abogados o negocio:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono:

Correo electrónico:

3. Fecha en la que contrató al abogado:

Fecha en que terminó la relación de abogado-cliente:

4. ¿En que servicios legales le representó el abogado?

5. Si su queja está relacionada con una demanda o cualquier otro procedimiento, incluya lo siguiente:

Nombre del tribunal o agencia:

Nombre de caso:

Número de caso:

6. ¿Tenía un contrato por escrito con el abogado? Sí ☐ No ☐

Si su respuesta es afirmativa, adjunte una copia del contrato.

7. ¿Cuánto dinero le pagó al abogado?

8. Indique la cantidad de su pérdida:

9. Describa cómo y cuándo fue que su dinero o sus bienes quedaron en posesión del abogado:

10. Describa la conducta deshonesta del abogado y cómo fue que le causó su pérdida:

11. Indique la fecha en que descubrió su pérdida y cómo fue que la descubrió:

12. Proporcione el nombre y la dirección de cualquier otra persona que tenga conocimiento de su pérdida:

13. Esta pérdida ha sido reportada a la:

Procuraduría General del Estado ☐ Policía ☐ ARDC ☐

Adjunte una copia de su demanda y describa qué acción se ha iniciado:

14. Si no ha reportado antes esta pérdida, explique la razón:

15. ¿Puede recibir un reembolso de su pérdida por medio de otra fuente, como una póliza de seguro, fianza de fidelidad o póliza de fianza?

Sí ☐ No ☐ No Sabe ☐ Si su respuesta es afirmativa, describa la fuente:

16. Describa qué pasos ha tomado para recuperar la pérdida directamente del abogado, o de alguna otra fuente:

17. Si la pérdida le ha causado dificultades especiales, explique cómo:

18. Indique si alguna vez ha tenido algún enlace familiar o relación de negocios con el abogado, e identifique la relación (por ejemplo, cónyuge, hijo(a), padre/madre, abuelo(a), hermano(a), pareja, socio(a) o empleado(a)):

19. Indique algún otro hecho que considere importante para que el Programa considere su reclamación:

20. Nombre del abogado presente:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono:

Correo electrónico:

El reglamento de la Comisión no permite que los abogados que ayuden a los clientes a procesar reclamaciones con el Programa cobren honorarios por ese servicio.

Cuando la Comisión tome una decisión con respecto a su reclamación, los hechos relacionados con su pérdida serán información pública.

Fecha: _____

Firma del solicitante(s): _____

_____