



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 deshonesto 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): _____
