

يجب إرجاع النموذج بعد تعبئته بشكل كامل إلى العنوان التالي:

Oregon State Bar  
Client Security Fund  
PO Box 231935  
Tigard, OR 97281-1935

## تقديم طلب للحصول على تعويض من صندوق الضمان المعني بشؤون العملاء (Client Security Fund)

تخضع المدفوعات المدفوعة من صندوق الضمان المعني بشؤون العملاء بشكل كامل إلى تقدير نقابة المحامين بولاية أوريغون (Oregon State Bar). لا يضمن تقديم هذه المطالبة الدفع. إن نقابة المحامين بولاية أوريغون (Oregon State Bar) ليست مسؤولة عن أفعال المحامين الفردية.

يُرجى الملاحظة بأن هذا النموذج وجميع الوثائق التي يتم استلامها بشأن مطالبتك هي سجلات عامة. يُرجى إرفاق أوراق إضافية عند اللزوم لتقديم شرح كامل.

### 1. معلومات عن العميل (العملاء) مقدّم (مقدّم) المطالبة:

- a. الاسم الكامل: \_\_\_\_\_
- b. عنوان الشارع: \_\_\_\_\_
- c. المدينة، الولاية، الرمز البريدي: \_\_\_\_\_
- d. الهاتف: (المنزل) \_\_\_\_\_ (الخليوي) \_\_\_\_\_
- e. البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_
- (العمل) \_\_\_\_\_ (أخرى) \_\_\_\_\_

### 2. معلومات حول المحامي الذي تسبب سلوكه في تقديم مطالبتك (عليك أن تضع علامة أيضاً في المربع 10A في الصفحة 3):

- a. اسم المحامي: \_\_\_\_\_
- b. اسم مكتب المحاماة: \_\_\_\_\_
- c. عنوان الشارع: \_\_\_\_\_
- d. المدينة، الولاية، الرمز البريدي: \_\_\_\_\_
- e. الهاتف: \_\_\_\_\_
- f. البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

### 3. معلومات عن التمثيل:

- a. متى قمت بتوكيل المحامي؟ \_\_\_\_\_
- b. ماذا طلبت من المحامي الذي قمت بتوكيله أن يقوم به؟ \_\_\_\_\_

c. ما كان اتفاقك مع المحامي حول دفع أجور أتعابه؟ (أرفق نسخة من أي اتفاق أتعاب كتابي)

- d. هل قام أحد آخر بدفع أتعاب المحامي عنك لكي يقوم المحامي بتمثيلك؟ \_\_\_\_\_
- e. إذا كانت الجواب بنعم، فوضّح الظروف (وأكمل تعبئة البند 10B في الصفحة 3): \_\_\_\_\_

f. كم المبلغ الذي تم دفعه فعلاً للمحامي؟ (يُرجى إرفاق إثبات بالمدفوعات التي دُفعت، إن وجدت) \_\_\_\_\_

g. ما الخدمات التي قام المحامي بأدائها؟ \_\_\_\_\_

h. هل كانت هناك أي علاقة أخرى بينك وبين المحامي (علاقة شخصية أو أسرية أو تجارية أو غير ذلك)؟

4. معلومات عن خسارتك:

- a. متى وقعت خسارتك؟ \_\_\_\_\_
- b. متى اكتشفت وقوع خسارتك؟ \_\_\_\_\_
- c. يُرجى وصف ما فعله المحامي الذي تسبب في خسارتك: \_\_\_\_\_
- d. إجمالي مبلغ خسارتك: \_\_\_\_\_
- e. كيف قمت بحساب خسارتك؟ \_\_\_\_\_
- f. المبلغ الذي تطلب تعويضه لك. \_\_\_\_\_

5. معلومات عن الجهود التي بذلتها لاسترداد خسارتك:

- a. هل حصلت على تعويض لأي جزء من خسارتك؟ إذا كان الجواب بنعم، فيُرجى التوضيح: \_\_\_\_\_
- b. هل لديك أي تأمين أو ضمان ضد الخسائر المالية (Indemnity) أو سند تعويض قد يغطي خسارتك؟ إذا كان الجواب بنعم، فيُرجى التوضيح: \_\_\_\_\_
- c. هل طلبت من المحامي تسديد خسارتك؟ متى؟ يرجى إرفاق نسخة من أي مطالبة مكتوبة. \_\_\_\_\_
- d. هل اعترف المحامي بأنه مدين لك بالمال أو وافق على تسديده؟ إذا كان الجواب بنعم، فيُرجى التوضيح: \_\_\_\_\_
- e. هل رفعت دعوى على المحامي أو قدمت أي مطالبة أخرى؟ إذا كان الجواب بنعم، فيُرجى إعطاء اسم المحكمة ونسخة من الشكوى. \_\_\_\_\_
- f. هل استصدرت حكماً؟ إذا كان الجواب بنعم، فيُرجى تقديم نسخة منه. \_\_\_\_\_
- g. هل حاولت تحديد أماكن تواجد الأصول أو استرددت أموالاً بناءً على الحكم؟ إذا كانت الجواب بنعم، فيُرجى توضيح ما وجدته: \_\_\_\_\_

6. معلومات عن الجهات التي أبلغت لها عن خسارتك:

مدّعي عام المقاطعة

الشرطة

صندوق المسؤولية المهنية لنقابة المحامين بولاية أوريغون (Oregon State Bar)

إذا كان الجواب بنعم على أي مما سبق، فيُرجى تقديم نسخ من شكواك، إذا كانت موجودة لديك.

مكتب شؤون مساعدة العملاء (Client Assistance Office) أو المجلس التأديبي (Disciplinary Counsel) لنقابة المحامين بولاية أوريغون (Oregon State Bar)

7. هل قمت بتوكيل أي محام آخر لإكمال أي عمل؟

إذا كان الجواب بنعم، فيُرجى إعطاء اسم ورقم هاتف المحامي الجديد: \_\_\_\_\_

8. يُرجى إعطاء الاسم ورقم الهاتف لأي شخص آخر قد يكون لديه معلومات حول هذه المطالبة:

#### 9. الاتفاق والتفاهم

يوافق صاحب المطالبة على أنه سيقوم مقابل أي تعويض يتلقاه من صندوق الضمان المعني بشؤون العملاء (Client Security Fund - CSF) الخاص بنقابة المحامين بولاية أوريغون (Oregon State Bar - OSB) بما يلي:

- تحويل إلى نقابة المحامين بولاية أوريغون (Oregon State Bar) جميع الحقوق التي يملكها صاحب المطالبة ضد المحامي أو أي أحد آخر مسؤول عن خسارة صاحب المطالبة، إلى حد مبلغ التعويض الذي يدفعه صندوق الضمان المعني بشؤون العملاء (CSF).
- التعاون مع صندوق الضمان المعني بشؤون العملاء لنقابة المحامين بولاية أوريغون (OSB CSF) في جهوده للحصول على المحامي، بما في ذلك تقديم المعلومات وشهادات الشهود في أي إجراء قانوني يبشر فيه الصندوق (OSB CSF).
- إبلاغ الصندوق (OSB CSF) في حال تلقى صاحب المطالبة إخطاراً بأن المحامي قد قدم طلباً للحصول على تخفيف أعباء الديون عن طريق الإفلاس.
- إبلاغ الصندوق (OSB CSF) في حال قبض صاحب المطالبة أي دفعة أو استرد أي جزء من الخسارة من المحامي أو أي شخص آخر في الكيان وأن يقوم صاحب المطالبة بتعويض الصندوق (OSB CSF) إلى الحد الذي يصل إليه هذا المبلغ.

#### 10. إعطاء صاحب المطالبة الإذن

- إعطاء الملفات: أعطي إذني بموجب هذا بحق الوصول لصندوق الضمان المعني بشؤون العملاء (Client Security Fund) لنقابة المحامين بولاية أوريغون (OSB)، عند الطلب، لأي سجلات أو ملفات تتعلق بتمثيلي من قبل المحامي المسمى في السؤال رقم 2.
- الدفع إلى طرف ثالث: أعطي إذني لصندوق الضمان المعني بشؤون العملاء (Client Security Fund) لنقابة المحامين بولاية أوريغون (OSB) أن يدفع جميع المبالغ الممنوحة لي إلى:

الاسم: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_

#### 11. توقيع صاحب المطالبة والتحقق منه

(يجب أن يكون لكل صاحب مطالبة صفحة توقيع الاسم موثق من كاتب عدل. يُرجى تصوير هذه الصفحة لكل شخص مدرج اسمه في السؤال رقم 1.)

ولاية \_\_\_\_\_

مقاطعة \_\_\_\_\_

عند إدلاء القسم أو التوكيد، أشهد على صحة ما يلي:

لقد راجعت قواعد صندوق الضمان المعني بشؤون العملاء (Client Security Fund) والطلب المعني بالتعويض، وأقرّ أن هذه المطالبة تخضع للشروط المنصوص عليها فيه، وأن المعلومات التي قمت بتقديمها في هذا الطلب هي معلومات كاملة وصحيحة إلى حد علمي واعتقادي.

توقيع صاحب المطالبة

تم التوقيع وإدلاء القسم (أو التوكيد) أمامي في هذا \_\_\_\_\_ اليوم من \_\_\_\_\_ ، 20 \_\_\_\_\_ .

توقيع كاتب العدل

كاتب العدل لـ \_\_\_\_\_

تنتهي مأموريّتي في \_\_\_\_\_

يُرجى استكمال تعبئة الصفحة 4 إذا كان يملك محامٍ في هذه المطالبة.

لا يُطلب منك الاستعانة بمحامٍ لتقديم هذه المطالبة. يشجّع صندوق الضمان المعني بشؤون العملاء (CSF) المحامين على مساعدة أصحاب المطالبات في تقديم مطالباتهم دون فرض أي أتعاب لقاء مساعدتهم عليهم. لا يجوز للمحامي أن يفرض أتعاباً لقاء هذا العمل إلا إذا تم توفير المعلومات التالية.

1. أعطي إذني لـ \_\_\_\_\_ (كتابة اسم المحامي بحروف كبيرة وواضحة) للقيام بمقام محام لي في تقديم مطالبتني.

توقيع صاحب المطالبة

1. لقد وافقت على القيام بمقام المحامي لصاحب المطالبة: (ضع علامة واحدة في أحد المربعين أدناه)

بدون أتعاب  
 بموجب اتفاق الأتعاب المرفق

هاتف المحامي

رقم عضوية المحامي في النقابة

توقيع المحامي

عنوان المحامي