

# Бланк заявления о возмещении расходов из средств Фонда защиты клиентов

Отправьте заполненный бланк

на адрес:

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

Выплата возмещений из средств Фонда защиты клиентов полностью производится по усмотрению Ассоциации юристов штата Орегон.  
Подача настоящей жалобы не является гарантией возмещения средств.  
Ассоциация юристов штата Орегона не несет ответственности за деятельность отдельных юристов.

*Пожалуйста, имейте в виду, что настоящий бланк и все материалы, полученные в связи с вашей жалобой, считаются общедоступными материалами.*

*Пожалуйста, при необходимости приложите дополнительные листы бумаги, чтобы полностью изложить суть жалобы.*

## 1. Данные о клиенте (клиентах), подающего жалобу:

- a. Имя, фамилия, отчество: \_\_\_\_\_
- b. Адрес (дом, улица): \_\_\_\_\_
- c. Адрес (город, штат, почтовый индекс): \_\_\_\_\_
- d. Телефон: (Дом.) \_\_\_\_\_ (Моб.) \_\_\_\_\_  
(Раб.) \_\_\_\_\_ (Другой) \_\_\_\_\_
- e. Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

## 2. Данные о юристе, чьи действия стали причиной подачи вашей жалобы (также отметьте галочкой вопрос 10А на странице 3):

- a. Имя, фамилия юриста: \_\_\_\_\_
- b. Название юридической фирмы: \_\_\_\_\_
- c. Адрес (дом, улица): \_\_\_\_\_
- d. Адрес (город, штат, почтовый индекс): \_\_\_\_\_
- e. Телефон: \_\_\_\_\_
- f. Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

## 3. Информация о юридическом представительстве:

- a. Когда вы наняли этого адвоката? \_\_\_\_\_
- b. Для чего вы наняли этого адвоката? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c. Укажите подробности вашего соглашения об уплате гонораров адвокату. (приложите копию имеющегося письменного соглашения об уплате гонораров)  
\_\_\_\_\_
- d. Оплачивались ли услуги адвоката по юридическому представительству третьей стороной? \_\_\_\_\_
- e. Если да, укажите обстоятельства (и ответьте на вопрос 10В на странице 3):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- f. Какая сумма была в действительности уплачена адвокату? (пожалуйста, приложите подтверждение уплаты при её наличии) \_\_\_\_\_
- g. Какие услуги были предоставлены адвокатом? \_\_\_\_\_
- h. Существует ли между вами и адвокатом другой вид взаимоотношений (личных, родственных, деловых или других)?  
\_\_\_\_\_

4. Информация о понесённом вами ущербе:

- a. Укажите дату нанесения ущерба. \_\_\_\_\_
- b. Укажите дату обнаружения вами нанесенного ущерба. \_\_\_\_\_
- c. Пожалуйста, опишите действия адвоката, которые привели к нанесению вам ущерба: \_\_\_\_\_
- d. Общая сумма нанесённого вам ущерба: \_\_\_\_\_
- e. Каким образом был произведен расчет суммы ущерба? \_\_\_\_\_
- f. Сумма компенсации, о присуждении которой вы ходатайствуете: \_\_\_\_\_

5. Информация о предпринятых вами попытках вернуть утраченные средства:

- a. Получили ли вы компенсацию какой-либо части нанесённого вам ущерба? *Если да, пожалуйста, предоставьте разъяснение:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Имеете ли вы страхование, гарантию возмещения ущерба и ограждение от ответственности или письменное долговое обязательство, в соответствии с которым обеспечивается возмещение вашего ущерба? *Если да, пожалуйста, предоставьте разъяснение:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c. Обращались ли вы к адвокату с требованием погасить ваши убытки? Когда? *Пожалуйста, предоставьте копию письменного требования.*
- d. Признал ли адвокат тот факт, что он должен вам денежную сумму, или дал(-а) ли он/она свое согласие на возврат этой суммы? *Если да, пожалуйста, предоставьте разъяснение:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- e. Предъявили ли вы судебный иск адвокату или другие претензии? *Если да, пожалуйста, укажите название суда и предоставьте копию иска.* \_\_\_\_\_
- f. Было ли вынесено судебное постановление? *Если да, пожалуйста, предоставьте копию.* \_\_\_\_\_
- g. В соответствии с судебным постановлением предпринимали ли вы попытки определить местонахождение активов или добиться погашения убытков? *Если да, пожалуйста, опишите добытые вами сведения:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Информация об учреждении, которое вы поставили в известность о факте нанесенного вам ущерба:

- Окружной прокурор
- Полиция
- Фонд страхования от ответственности за профессиональную некомпетентность Ассоциации юристов штата Орегон  
*Если вы ответили «да» на любой из указанных выше вопросов, пожалуйста, предоставьте копии вашего ходатайства при его наличии.*
- Отдел по вопросам поддержки клиентов или Совет по дисциплинарным вопросам Ассоциации юристов штата Орегон

7. Нанимали ли вы другого адвоката для выполнения какой-либо работы?

*Если да, пожалуйста, укажите имя, фамилию и номер телефона нового адвоката*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Пожалуйста, укажите имя, фамилию и номер телефона любого другого физического лица, владеющего информацией о вашей жалобе:

---

---

### 9. Соглашение и взаимопонимание

Заявитель соглашается с тем, что в обмен на любое постановление о возмещении убытков из средств Фонда защиты клиентов Ассоциации юристов штата Орегон (OSB CSF), заявитель:

- a. передаст Ассоциации юристов штата Орегон все права, которыми заявитель обладает по отношению к адвокату или любому другому лицу, ответственному за нанесение убытков заявителю, вплоть до компенсации суммы ущерба из средств фонда CSF;
- b. совместными с фондом CSF ассоциации OSB усилиями будет пытаться взыскать средства с адвоката, включая предоставление сведений и дачу показаний в ходе любого судебного разбирательства, инициированного фондом CSF ассоциации OSB;
- c. уведомит фонд CSF ассоциации OSB в случае, если заявитель получит уведомление о том, что адвокат подал заявление об освобождении его от ответственности в связи с банкротством;
- d. уведомит фонд CSF ассоциации OSB о получении какого-либо платежа от адвоката или возмещения какой-либо части своего убытка адвокатом или любым другим физическим или юридическим лицом каким-либо иным образом и возместит фонду CSF ассоциации OSB расходы в размере выплаченной ему суммы возмещения.

### 10. Разрешение заявителя на предоставление информации

- a.  Предоставление материалов досье по делу: Настоящим я разрешаю предоставление по запросу любых документов или файлов, имеющих отношение к представлению моих интересов адвокатом и указанных в вопросе 2 Фонду защиты клиентов ассоциации OSB .
- b.  Выплата суммы возмещения ущерба третьей стороне: Настоящим я уполномочиваю Фонд защиты клиентов ассоциации OSB выплатить всю сумму, присужденную мне, указанному ниже лицу:

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

### 11. Подпись и заверение подлинности подписи заявителя

*(Каждый заявитель должен нотариально заверить страницу со своей подписью. Пожалуйста, сделайте копию этой страницы для каждого лица, указанного в вопросе 1.)*

Администрация штата \_\_\_\_\_

Администрация округа \_\_\_\_\_

Будучи приведённым (-ой) к присяге или торжественно пообещав говорить правду, я свидетельствую о правдивости следующего утверждения:

Ознакомившись с правилами Фонда защиты клиентов и текстом вышеприведенного заявления о возмещении средств, я подаю настоящую жалобу с соблюдением условий, предусмотренных в нем, и заявляю, что в меру моих знаний и убеждений информация, предоставленная мной в настоящей жалобе, является полной и достоверной.

*Подпись заявителя*

Подписано под присягой (обещанием говорить правду) в моём присутствии в этот \_\_\_\_\_ день \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ года.

*Подпись нотариуса* \_\_\_\_\_

Государственный нотариус в \_\_\_\_\_

Срок моих полномочий истекает \_\_\_\_\_

**Пожалуйста, заполните страницу 4, если вас представляет адвокат**

**Для подачи этой жалобы вам не обязательно нанимать адвоката. Администрация фонда CSF рекомендует юристам оказывать помощь заявителям в представлении их претензий на безвозмездной основе. Адвокат имеет право взимать плату за такую работу только в том случае, если предоставлена следующая информация.**

1. Я уполномочиваю \_\_\_\_\_ (имя, фамилия адвоката печатными буквами)  
выступать в роли моего адвоката по делу, имеющему отношение к этой жалобе.

\_\_\_\_\_  
*Подпись заявителя*

1. Я выражаю своё согласие выступать в роли адвоката этого заявителя: (отметьте один из пунктов ниже)

Без взимания платы за свои услуги

В рамках приложенного к заявлению соглашения об уплате гонораров

\_\_\_\_\_  
Подпись адвоката  
адвоката

\_\_\_\_\_  
Личный номер удостоверения адвоката юриста штата

\_\_\_\_\_  
Номер телефона

\_\_\_\_\_  
*Адрес адвоката*