

**WNIOSK O REFUNDACJĘ Z FUNDUSZU  
ZABEZPIEZAJĄCEGO KLIENTÓW**

JD-GC-15P Rev. 1-15  
P.B. §§ 2-68, 2-70 through 2-78

**ODDZIAŁ SĄDOWY  
STANU CONNECTICUT**

www.jud.ct.gov

**POWIADOMIENIE O ADA**

Oddział Sądowy Stanu Connecticut działa zgodnie z Ustawą o Niepełnosprawnych (ADA). Jeżeli potrzebujesz racjonalnych udogodnień, w ramach ustawy ADA, skontaktuj się z sekretarzem sądowym, lub osobą na liście kontaktów ds. ADA na stronie [www.jud.ct.gov/ADA](http://www.jud.ct.gov/ADA).

**Instrukcje**

1. Zanim wypełnisz ten formularz, przejrzyj informacje zawarte w broszurze **Fundusz Zabezpieczający Klientów - Odpowiedzi na Twoje Pytania (Formularz JDP-GC-16)**. Broszura jest dostępna w biurze Komitetu Funduszu Zabezpieczającego Klientów lub na stronie internetowej <http://www.jud.ct.gov/Publications/GC016.pdf>
2. Udziel danych o które jesteś proszony poniżej tak wyczerpująco, jak jest to możliwe. Jeżeli będziesz potrzebował więcej miejsca, dołącz dodatkowe kartki.
3. Złóż kopie całej dokumentacji, która według Ciebie dowodzi Twoich strat, jak na przykład zrealizowane czeki, rachunki, listy, końcowe oświadczenia, itd. wraz z wypełnionym formularzem. Nie składaj oryginałów dokumentów, jako że staną się one częścią akt, i nie zostaną zwrócone.
4. **Formularz musi zostać podpisany przez Ciebie, oraz każdego innego wymienionego wnioskodawcę, pod przysięgą w obecności notariusza lub innego upoważnionego urzędnika.**
5. Wyślij wypełniony wniosek, wraz z całą wspierającą dokumentacją, na poniższy adres. Niekompletne wnioski mogą zostać odesłane przed rozpatrzeniem.

**Do: Client Security Fund Committee, 2nd Floor, Suite One, 287 Main Street, East Hartford, CT 06118-1885**

Twoje Imię i Nazwisko (Imię, Drugie Imię, Nazwisko)

1.  Pan  Pani  Inne

Adres (Numer, ulica, miejscowość i kod pocztowy)

Numer Telefonu

Adres e-mailowy

2. Imię, nazwisko, adres i numer telefonu adwokata, który jak twierdzisz nieuczciwie i/lub oszukańczo wziął Twoje pieniądze lub mienie:
3. O jakiego rodzaju usługi prawne poprosiłeś tego adwokata? *Należy pamiętać, że fundusz może jedynie zwrócić straty, które miały miejsce w trakcie trwania relacji adwokat-klient lub w trakcie pełnienia przez adwokata roli agenta lub powiernika w oparciu o relację adwokat-klient.*
4. Opisz nieuczciwe lub oszukańcze postępowanie adwokata (wrazie potrzeby dołącz dodatkowe kartki). *Należy pamiętać, że aby roszczenie podlegało zwrotowi musi być ono związane z zachowaniem Twojego adwokata dotyczącym kradzieży, sprzeniewierzenia lub bezprawnego przyjęcia pieniędzy lub mienia. W niektórych okolicznościach komitet może zrefundować stratę związaną z odmową przez adwokata zwrotu wniesionych z góry opłat za niewykonane przez niego usługi. Straty będące rezultatem zaniedbania, postępowania niezgodnego z etyką zawodową, lub świadczonych przez adwokata usług inwestycyjnych, nie są pokrywane z funduszu zabezpieczającego klientów.*
5. Wpisz sumę straty, jaka wedle Twojego roszczenia powinna zostać zrefundowana przez fundusz zabezpieczający klientów
6. Czy Twoja strata dotyczy: (odpowiednie pole lub pola zaznacz znakiem „X”)  Pieniądze  Papiery wartościowe  Mienie innego rodzaju (Wyjaśnij poniżej):
7. Czy Twoja strata może zostać zrefundowana przez jakiegokolwiek inne źródło, takie jak ubezpieczenie, ubezpieczenie od sprzeniewierzenia lub umowy poręczenia? (odpowiednie pole lub pola zaznacz znakiem „X”)  Nie  Nie wiem  Tak (Jeżeli tak, opisz to źródło poniżej):
8. Jaka sumę zapłaciłeś adwokatowi? (Prosimy o załączenie kopii wszystkich dokumentów będących dowodami płatności)
9. Czy zawarłeś pisemną umowę dot. płatności honorarium z adwokatem? (Jeżeli tak, załącz kopię umowy.)

10. Opisz kroki, które podjąłeś aby odzyskać stratę bezpośrednio od adwokata lub z jakiegokolwiek innego źródła. Wpisz datę lub daty kiedy podjąłeś takie kroki (na przykład, jeżeli wniosłeś powództwo cywilne, wpisz datę złożenia pozwu):

11. Wpisz datę kiedy strata pieniędzy lub majątku miała miejsce (Opisz jak i kiedy dowiedziałeś się o stracie):

Należy pamiętać, że strata przedłożona ponad cztery lata od momentu, kiedy się o niej dowiedziałeś lub kiedy powinieneś być się o niej dowiedzieć, zazwyczaj nie podlega refundacji z funduszu zabezpieczającego klientów:

12. Udziel odpowiedzi na następujące pytania zgodnie ze swoją wiedzą (odpowiednie pole zaznacz znakiem „X”) Należy pamiętać, że straty nie są pokrywane przez fundusz zabezpieczający klientów, jeżeli nie zostały przyznane na podstawie orzeczenie wydanego przeciwko adwokatowi. Lub adwokat który je spowodował nie żyje, został orzeczony niezdolnym, został pozbawiony uprawnień adwokackich, zrezygnował z wykonywania zawodu adwokata, lub został umieszczony pod nadzorem lub jego status jest nieaktywny:

a. Czy adwokat nie żyje? .....  Nie  Tak, podaj datę: \_\_\_\_\_  Nie wiadomo

b. Czy adwokat został orzeczony niezdolnym? .....  Nie  Tak, podaj datę: \_\_\_\_\_  Nie wiadomo

c. Czy adwokat został pozbawiony uprawnień adwokackich lub zawieszony w wykonywaniu zawodu adwokata? .....  Nie  Tak, podaj datę: \_\_\_\_\_  Nie wiadomo

d. Czy adwokat zrezygnował z wykonywania zawodu adwokata?  Nie  Tak, podaj datę: \_\_\_\_\_  Nie wiadomo

e. Czy sąd w Connecticut umieścił adwokata pod nadzorem lub zawiesił jego działalność? .....  Nie  Tak, podaj datę: \_\_\_\_\_  Nie wiadomo

f. Czy przeciwko adwokatowi zostało wydane orzeczenie sądowe na Twoją korzyść? .....  Nie  Tak, podaj datę: \_\_\_\_\_  Nie wiadomo

13. Strata ta została zgłoszona do: (odpowiednie pole lub pola zaznacz znakiem „X”)  Prokuratora Stanowego  na Policji  Ogólnostanowego Komitetu ds. Zażaleń

Załącz kopię swojej skargi oraz opisz, jakie kroki zostały podjęte.

14. Podaj imiona, nazwiska oraz adresy wszystkich świadków lub osób które posiadają informacje związane z Twoim roszczeniem:

Imię i Nazwisko Świadka lub Osoby 1	Imię i Nazwisko Świadka lub Osoby 2
Adres Świadka lub Osoby 1 (Numer, ulica, miejscowość i kod pocztowy)	Adres Świadka lub Osoby 2 (Numer, ulica, miejscowość i kod pocztowy)
Imię i Nazwisko Świadka lub Osoby 1	Imię i Nazwisko Świadka lub Osoby 2

15. Czy jesteś spokrewniony z prawnikiem, który twierdzisz, że spowodował Twoją stratę lub jesteś współpracownikiem/wspólnikiem, partnerem lub pracownikiem tego adwokata?

Nie  Tak (Jeżeli tak, określ swoją relację z prawnikiem): \_\_\_\_\_

16. Imię, nazwisko, adres i numer telefonu Twojego obecnego prawnika:

## Uwaga

Zasady Regulaminu Postępowania Sądowego rządzące roszczeniami złożonymi w Komitecie Funduszu Zabezpieczającego Klientów nie zezwalają adwokatom pomagającym przy składaniu roszczeń w Funduszu na pobieranie prawniczych honorariów za takie usługi, chyba że Komitet Funduszu Zabezpieczającego Klientów wyda na to zgodę. Jeżeli zostanie ustalone, że powinieneś otrzymać zwrot z funduszu zabezpieczającego klientów, będziesz musiał podpisać dokument przenoszący Twoje roszczenie przeciwko prawnikowi na Komitet Funduszu Zabezpieczającego Klientów, co do sumy przyznanego Tobie zwrotu. Podpisując się poniżej, zgadzasz się na współpracę w trakcie dochodzenia dotyczącego Twojego roszczenia oraz dochodzenia związanego z jakimkolwiek powiązanymi postępowaniami dyscyplinarnymi lub karnymi, oraz zgadzasz się współpracować z Komitetem Funduszu Zabezpieczającego Klientów, w jakichkolwiek podjętych działaniach w celu odzyskania sum wypłaconych Tobie z funduszu zabezpieczającego klientów.

Ja, niżej podpisany, oświadczam pod przysięgą: iż jestem roszczącym w powyższej sprawie; przeczytałem i znam treść tego co powyżej; oraz zaświadczam, że to samo jest prawdą w zakresie mojej własnej wiedzy, z wyjątkiem spraw i rzeczy które są tu uwzględnione w oparciu o posiadane przeze mnie informacje oraz przekonanie, oraz, że uważam te sprawy oraz rzeczy za prawdziwe.

Podpisano (Wnioskodawca)	Data podpisu	
▶		
Złożył podpis i został zaprzysiężony w mojej obecności:	Data	W (Miejscowość)
		Podpisano (Komisarz Sądu Wyższego, Notariusz)