



FORMULARIO DE RECLAMO PARA EL FONDO FIDUCIARIO DEL LOS CONTRATISTAS DE MEJORAS EN EL HOGAR

Use este formulario para reclamar hasta \$10,000. Usted es elegible para recuperar dinero si presentó una queja ante el Departamento de Protección al Consumidor y al Trabajador (Department of Consumer and Worker Protection, DCWP) contra un contratista de mejoras en el hogar con licencia y participó por completo en el proceso de mediación del DCWP, pero no llegó a un acuerdo.

Complete este formulario, que debe legalizar un notario público.

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Apellido	Sufijo (<i>Jr., Sr., Abg.</i>) (Opcional)	Nombre	Segundo nombre (Opcional)
Fecha de nacimiento (AAAA-MM-DD) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>			
Dirección de casa (<i>Número de edificio, nombre de la calle, apartamento/suite/otro</i>)			
Ciudad	Estado	Código postal	País/Región (<i>si está fuera de los EE. UU.</i>)
Teléfono 1 (principal) ()		Teléfono 2 (alternativo) ()	
Email (Dando su dirección de email, usted acepta recibir comunicaciones electrónicas del DCWP y afirma que el email indicado es una forma confiable de comunicación para usted).			

¿Su dirección postal es la misma que su dirección de casa? SÍ NO

Si la respuesta es “No”, complete la siguiente sección.

Dirección postal (<i>Número de edificio, nombre de la calle, apartamento/suite/otro</i>)			
Ciudad	Estado	Código postal	País/Región (<i>si está fuera de los EE. UU.</i>)



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA DE MEJORAS EN EL HOGAR

Nombre comercial del contratista de mejoras en el hogar		Número de licencia del DCWP (antes DCA)	
Dirección comercial <i>(Número de edificio, nombre de la calle, apartamento/suite/otro)</i>			
Ciudad	Estado	Código postal	País/Región <i>(si está fuera de los EE. UU.)</i>
Teléfono (Opcional) ()		Email (Opcional)	

INFORMACIÓN DEL RECLAMO

Fecha del contrato	Precio total del contrato \$
Cantidad pagada \$	Cantidad reclamada \$

1. ¿Presentó antes una queja al DCWP sobre este contratista de mejoras en el hogar?

- NO
 SÍ

Si la respuesta es “Sí”, complete la siguiente sección.

Número de queja del DCWP	Fecha de la queja
Resultado de la queja	



2. ¿Cuál es la base para la cantidad de su reclamo? Explique. La cantidad máxima que puede reclamar es de \$10,000.

3. ¿Ha recibido algún crédito, reembolso o pago en la cuenta relacionado a este reclamo del contratista de mejoras en el hogar o de un tercero, incluyendo una compañía de seguros?

- NO
 SÍ

Si la respuesta es “Sí”, explique.



4. ¿Tiene conocimiento de alguna decisión de audiencia administrativa, acuerdo de conciliación, orden de consentimiento, sentencia, orden judicial o laudo arbitral relacionado con su reclamo?

- NO
- SÍ

Si la respuesta es “SÍ”, explique.

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Debe enviar los documentos que se listan abajo con este formulario. Puede enviar copias.

- Contrato entre usted y el contratista de mejoras en el hogar

Y

- Documentación de cualquier cantidad pagada al contratista de mejoras en el hogar
-O-
- Producto de un préstamo a su nombre pagado por un prestamista al contratista de mejoras en el hogar

Y

- Cálculo o factura de un contratista de mejoras en el hogar diferente que muestre el costo de arreglar o completar el trabajo relacionado con su queja
-O-
- Documentación de cualquier cantidad pagada a un contratista de mejoras en el hogar diferente para arreglar o completar el trabajo relacionado con su queja

Si no puede encontrar un documento requerido, el DCWP puede encontrar una copia, si la dio, en el momento de su queja y mediación originales. Describa qué documentos está presentando con su reclamo, si corresponde, y qué documentos dio antes al DCWP.

AFIRMACIÓN – Lea y firme abajo.

Estoy autorizado para completar y enviar este Formulario de reclamo y todos los adjuntos (juntos, el “Reclamo”). Revisé todo el Reclamo. Afirmo que el contenido de este Reclamo es verdadero, correcto y completo.

Si alguna información en este Reclamo cambia, informaré al Departamento de Protección al Consumidor y al Trabajador de esos cambios.

Entiendo que el Departamento de Protección al Consumidor y al Trabajador aún no ha considerado este Reclamo.

Esta Afiración se considerará ejecutada en la ciudad y el estado de Nueva York y se registrará e interpretará según las leyes del estado de Nueva York (sin perjuicio de los principios de elección de ley o conflicto de leyes de Nueva York) y las leyes de los Estados Unidos.

Afirmo que estas declaraciones son verdaderas y correctas.

Nombre completo en letra de molde

Firma del reclamante

Fecha

Estado de _____)

)ss.:

Condado de _____)

El _____ de _____ del año _____, ante mí, el notario público abajo firmante, compareció personalmente _____, y de quien doy fe que conozco o quien me demostró, sobre la base de pruebas satisfactorias, que era la persona cuyo nombre está suscrito al instrumento interno y quien reconoce ante mí que ejecutó el mismo en sus capacidades y que, con su firma en el instrumento, las personas o la persona en cuyo nombre actuó dicha parte, ejecutó el instrumento.

Notario público