

OFICINA DEL ADMINISTRADOR DISCIPLINARIO  
701 SW Jackson Street, Planta Baja  
Topeka, Kansas 66603-3729  
Teléfono: (785) 435-8200  
Fax: (785) 783-8385  
[attydisc@kscourts.org](mailto:attydisc@kscourts.org)

## FONDO DE ABOGADOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS CLIENTES

La Suprema Corte de Justicia del Estado de Kansas creó el Fondo de Abogados para la Protección de los Clientes (el Fondo) para fomentar la confianza del público en los juzgados y en la profesión legal, con el fin de reembolsar a los clientes por las pérdidas causadas por la conducta deshonesto de abogados con licencia para practicar leyes en Kansas.

Este reembolso se limita a pérdidas que hayan ocurrido durante la relación abogado-cliente entre el/la abogado/a y el/la denunciante. La elegibilidad y la cantidad del reembolso disponible están normadas por el artículo 227 del Reglamento de la Corte Suprema del Estado de Kansas.

Todos los reembolsos por pérdidas que se hagan a través del Fondo son asuntos de gracia y están bajo la sola discreción de la Comisión que administra el Fondo, es decir, no se hacen por cuestión de derecho. El Fondo esta financiado exclusivamente por abogados de Kansas. No hay fondos públicos involucrados.

### Para que se le pueda considerar elegible para el reembolso:

- La pérdida debe haber sido causada por conducta deshonesto de algún miembro activo del Colegio de Abogados de Kansas y debe haber surgido durante la relación abogado-cliente entre el/la abogado/a y el/la denunciante y como resultado de esa relación. Actos de mala práctica legal, negligencia profesional o disputas de honorarios no están amparados por el Fondo.
- La demanda se debe presentar a más tardar **un año** después de que el denunciante supo o debería haber sabido de la conducta deshonesto del/de la abogado/a.
- El/la denunciante deberá reportar la conducta deshonesto antes de, o al mismo tiempo que se presente la demanda, a:

Oficina del Administrador Disciplinario  
701 Southwest Jackson Street, Planta Baja  
Topeka, KS 66603  
785-435-8200  
785-783-8385 (fax)  
[attydisc@kscourts.org](mailto:attydisc@kscourts.org)

# FONDO DE ABOGADOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS CLIENTES DECLARACIÓN DE LA DEMANDA

## AVISO AL/A LA DEMANDANTE

***Tipos de pérdidas reembolsable.*** Las únicas pérdidas que son posibles de reembolsar de este fondo son cantidades monetarias que se le hayan pagado realmente al/a la abogado/a, o que haya recibido el/la abogado/a de parte del/de la cliente y que se hayan debido a la conducta deshonesto del/de la abogado/a. El fondo no ampara demandas basadas en disputas sobre honorarios, mala práctica legal o negligencia; ni tampoco considera demandas por cantidades adicionales como daños, interés, cuotas del juzgado, y/u honorarios pagados a otros abogados.

***El formulario debe llenarse por completo.*** Escriba claramente en letras de imprenta o a máquina las respuestas a todas las preguntas. Si es necesario, puede anexar más páginas. Envíe copias de cualquier prueba que demuestre su pérdida. La revisión de su demanda se puede retrasar considerablemente si usted no responde por completo todas las preguntas del formulario.

***Se requiere prueba del pago.*** Usted debe proporcionar prueba del pago, tal como cheques cancelados (anverso y reverso), recibos, estados de cuenta, acuerdos de honorarios, o información de la liquidación del caso. La revisión de su demanda se puede retrasar considerablemente si usted no proporciona la prueba del pago cuando envíe su demanda.

***Debe firmarse ante un/a Notario/a Público/a.*** Por favor lea el formulario completo, llene cada sección, firme ante un/a notario/a público/a y envíe el formulario y la documentación a la dirección que aparece en la primera página.

1. Se contrató al/a la abogado/a para representarlo/a a usted?

Sí \_\_\_\_\_ Si "sí," entonces usted es el/la cliente. **Proporcione sus datos para comunicarnos.**

No \_\_\_\_\_ Si "no," entonces alguien más es el/la cliente. **Proporcione los datos para comunicarnos con el/la cliente.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/zona postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

2. ¿Pagó usted por los servicios legales?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si "sí," usted es el/la demandante.

Si "no," entonces la persona que pagó por los servicios legales es el/la demandante. El/la demandante debe presentar esta demanda junto con usted. **El/la demandante, la persona que pagó por los servicios legales, debe firmar este formulario.** Proporcione la información para comunicarnos con el/la demandante si es alguien más que el/la cliente.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/zona postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

3. Abogado/a en contra de quien se presenta esta demanda:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/zona postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene (o tuvo) usted parentesco de familia con éste/a abogado/a?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si "sí," ¿cuál es (era) esa relación?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. ¿Tiene (o tuvo) usted una relación de negocios además de la relación abogado/a-cliente con éste /a abogado/a?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si "sí," ¿qué tipo de relación es (o era)?

---

---

6. ¿Lo/a estaba representando algún/a otro/a abogado/a cuando ocurrió el incidente que reporta en esta demanda?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si respondió que "sí," por favor proporcione los datos del/de la otro/a abogado/a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/zona postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

7. ¿Actualmente tiene usted otro/a abogado/a que no sea el/la abogado/a a quien está demandando y que nombró en la pregunta 3?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si respondió que "sí," por favor proporcione los datos de su abogado/a actual:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/zona postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

8. ¿Para qué contrató al/a la abogado/a a quien está demandando? Explique a continuación:

---

---

---

---

9. ¿Cuánto se le pagó al/a la abogado/a a cuenta de servicios legales o cuánto dinero recibió el/la abogado/a de parte del/de la demandante? **(Anexe prueba del pago en forma de un cheque cancelado o un recibo. Se aceptan las copias, pero por favor copie ambos lados del cheque. Si no tiene copia del pago, anexe una hoja explicando por qué no la tiene.)**

\$ \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene un acuerdo por escrito con el/la abogado/a o alguien más respecto al trabajo que se tenía que hacer? (Un acuerdo por escrito puede ser, por ejemplo, un acuerdo de honorarios, una carta de contratación, o un acuerdo de liquidación del caso.)

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ **(Si lo tiene, anexe a esta demanda copia del acuerdo por escrito.)**

11. ¿Hizo el/la abogado/a alguna parte del trabajo para el que lo/la contrató?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique a continuación:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

12. ¿Qué pasó? ¿Qué hizo el/la abogado/a que fuera deshonesto? Por favor describa con detalle la conducta deshonesto del/de la abogado/a que se relacione con esta demanda, comenzando con el primer evento. Anexe una hoja separada si la necesita.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

13. Explique la forma de su pérdida (dinero, acciones, otro tipo de propiedad, etc.)

---

---

14. Indique la cantidad total o el valor de su pérdida.

\$ \_\_\_\_\_

15. ¿En qué fecha ocurrió la pérdida?

---

16. ¿En qué fecha descubrió usted la pérdida?

---

17. Explique como fue que descubrió la pérdida.

---

---

---

---

18. Si está presentando esta demanda más de un año después de que descubrió la conducta deshonesto de su abogado/a, por favor **explique** por qué no presentó la demanda dentro del límite de un año que generalmente aplica.

---

---

---

---

---

---

---

---

19. ¿Le ha dicho el/la abogado/a que le debe dinero por los hechos que usted explicó arriba?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si "sí," incluya detalles respecto a la fecha, el tipo de reconocimiento (por ejemplo, llamada telefónica o carta), y cuánto dinero admitió el/la abogado/a que le debía. **(Anexe copia de cualquier reconocimiento escrito de la deuda.**

---

---

---

---

20. Si hay alguien más que tenga información sobre su pérdida, proporcione el nombre, dirección y número telefónico de esa persona.

---

---

---

---

21. ¿Qué es lo que esta persona vio o escuchó?

---

---

---

---

22. **Haga una lista en una hoja separada de cualquier otro testigo que pueda haber y resuma la información que tenga cada uno de ellos.**

23. ¿Ha reportado la conducta deshonest a la Oficina del Administrador Disciplinario?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



24. ¿Ha reportado la conducta deshonest a las autoridades de policía, la oficina del abogado del condado o a la fiscalía? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si la respuesta es “sí,” por favor proporcione la siguiente información respecto a quien le reportó usted la conducta deshonest.

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

25. ¿Hay alguna otra fuente de donde se pueda reembolsar esta pérdida, o parte de ella, tal como seguro, o convenio de fidelidad o de garantía?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No lo sé \_\_\_\_\_

Si “sí,” describa la fuente.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

26. ¿Le ha pedido usted al/a la abogado/a que le reintegre su dinero? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si “sí,” por favor indique la fecha de su petición y la respuesta del/de la abogado/a. (**Anexe copias de la correspondencia.**)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

27. Describa cualquier otro paso que haya tomado para recobrar esta pérdida del abogado o de alguna otra fuente.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

28. ¿Ha entablado alguna demanda civil o proceso penal en contra del/de la abogado/a a raíz de los hechos que presenta en este formulario de demanda

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si "sí," por favor explique.

---

---

29. ¿Ha solicitado o tiene la intención de solicitar reembolso por esta pérdida al Fondo de Protección de Clientes a algún otro estado o a alguna otra agencia estatal?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si "sí," proporcione el nombre y dirección del fondo y una copia de su solicitud.

Nombre del Fondo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/zona postal: \_\_\_\_\_

## **AVISO IMPORTANTE AL/A LA DEMANDANTE**

El Fondo de Abogados para la Protección del Cliente no es responsable por los actos de abogados individuales. El Fondo es un servicio público financiado por abogados y el pago del reembolso es cuestión de gracia y discreción de la Comisión. El límite máximo por demanda es \$125,000, con un límite agregado de \$350,000 por demandas en contra de un abogado. La demanda se debe presentar a más tardar un año después de que el/la demandante supo o debería haber sabido de la conducta deshonesto del/de la abogado/a.

El artículo 227 del Reglamento relacionado al Fondo de Abogados para la Protección del Cliente define “conducta deshonesto” como cualquiera de los siguientes actos:

- Actos de un/a abogado/a de expropiación ilícita o apropiación de dinero, propiedad u otras cosas de valor;
- Rehusarse a devolver honorarios no ganados recibidos de antemano cuando el/la abogado/a no realizó los servicios o realizó una parte tan insignificante de los servicios que el rehusarse a devolver los honorarios no ganados constituye una expropiación ilícita o apropiación de dinero;
- El pedirle dinero prestado al/a la cliente sin tener intención de devolverlo o ignorando la incapacidad o la incapacidad razonablemente esperada del/de la abogado/a para poder pagar la deuda; o
- El acto intencionado de deshonestidad de un/a abogado/a que resulta en una pérdida de dinero o propiedad.

## ACUERDO

Al firmar y presentar este formulario de Declaración de la Demanda, me comprometo a cooperar con la Comisión del Fondo de Protección al Cliente en lo que respecta a esta demanda.

También estoy de acuerdo que si el Fondo de Abogados para Protección del Cliente (de aquí en adelante "el Fondo") me paga toda o parte de mi pérdida, entonces el Fondo tendrá el primer derecho a recobrar dinero que se colecte del/de la abogado/a que me causó la pérdida o de alguna otra parte, hasta la cantidad de mi pago del Fondo más los gastos para recobrarlo.

También estoy de acuerdo que existirá un derecho de retención a favor del Fondo por la cantidad que se me haya pagado y que ese derecho de retención se relacionará a dinero u otra propiedad que me pague el/la abogado/a que me causó la pérdida o que alguien me pague por él/ella.

Además, si el Fondo paga parte de mi pérdida, le asigno al Fondo todos mis derechos y remedios en contra del/de la abogado/a que haya causado mi pérdida, a su representante legal o su cesionario, o a cualquiera otra persona o entidad que pueda ser responsable por mi pérdida. Prometo cooperar con el Fondo en todas las medidas que se realicen para lograr el reembolso de las cantidades que se me hayan pagado. Me comprometo a reportarle al Fondo cualquier pago voluntario que me haga mi abogado/a o alguna otra persona por la pérdida. También me comprometo a informarle al Fondo y mandarle copia de la queja o demanda si se entabla algún proceso legal para recobrar mi pérdida.

También estoy de acuerdo que se publique la información necesaria acerca de la naturaleza de la demanda y la cantidad de reembolso, si es que se hace algún reembolso. Entiendo que no se utilizará mi nombre a menos que yo dé mi permiso específico por escrito.

Al firmar, estoy de acuerdo a obedecer el Reglamento de la Suprema Corte de Justicia de Kansas relacionado con el Fondo de Abogados para la Protección del Cliente.

Fechado este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 202\_\_.

---

Firma del/de la demandante

---

Firma del/de la cliente, si no es el/la demandante

### CONSTATACIÓN DEL/DE LA DEMANDANTE

**Información verdadera y completa.** Declaro que la información que contiene esta Declaración de la Demanda y los documentos anexados es verdadera y fidedigna a mi leal saber y entender, y que no he omitido a sabiendas ninguna información que pudiera causar que el Fondo denegara mi demanda. Entiendo que el incluir intencionalmente información falsa en esta Declaración de la Demanda o dejar de incluir intencionalmente información que pudiera causar que el Fondo denegara mi demanda podría hacer que se iniciara un proceso penal en contra mía por mentir bajo juramento.

Fechada este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 202\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la demandante

Estado de                    )  
                                  ) ss  
Condado de                 )

Jurada y suscrita ante mí este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 202\_\_.

Mi nombramiento vence:

\_\_\_\_\_  
Notario/a público/a

\_\_\_\_\_

**CONSTATACIÓN DEL/DE LA CLIENTE (SI NO ES EL/LA DEMANDANTE)**

**Información verdadera y completa.** Declaro que la información que contiene esta Declaración de la Demanda y los documentos anexados es verdadera y fidedigna a mi leal saber y entender, y que no he omitido a sabiendas ninguna información que pudiera causar que el Fondo denegara mi demanda. Entiendo que el incluir intencionalmente información falsa en esta Declaración de la Demanda o dejar de incluir intencionalmente información que pudiera causar que el Fondo denegara mi demanda podría hacer que se iniciara un proceso penal en contra mía por mentir bajo juramento.

Fecha este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 202\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la cliente, si no es el/la demandante

Estado de                    )  
                                  ) ss  
Condado de                 )

Jurada y suscrita ante mí este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 202\_\_.

Mi nombramiento vence:

\_\_\_\_\_  
Notario/a público/a

\_\_\_\_\_

**DATOS CONFIDENCIALES DEL/DE LA DEMANDANTE Y EL/LA CLIENTE (SI NO ES EL/LA DEMANDANTE)**

El requisito de que se incluyan los números de seguro social en el Formulario de Demanda de Protección al Cliente es obligatorio. La Comisión no puede autorizar el pago de una demanda sin el número de seguro social. El número se utiliza solamente para identificación y pago. No es un registro público.

Demandante: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleado/a por: \_\_\_\_\_

Cliente: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleado/a por: \_\_\_\_\_

¿Cómo supo del Fondo de Protección al Cliente?

---

---

---

---

NOTA: Usted no necesita la asistencia de un/a abogado/a para presentar esta demanda. Sin embargo, si algún/a abogado/a le ayuda a presentar esta demanda, tome nota que el artículo 19 del Reglamento de esta Comisión dice que la intención es que los abogados “prestarán su ayuda como servicio público.”

Si un/a abogado/a le está ayudando con esta solicitud, proporcione los datos para comunicarse con él/ella:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/zona postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**ENVÍE EL FORMULARIO LLENO Y TODA LA DOCUMENTACIÓN A:**

Office of the Disciplinary Administrator  
Attention: Client Protection Fund Commission  
701 Southwest Jackson Street, First Floor  
Topeka, KS 66603