Consumer and Worker Protection

FONDO FIDUCIARIO PARA CONTRATISTAS DE MEJORAS EN EL HOGAR
FORMULARIO DE RECLAMO SUPLEMENTARIO

A partir del 18 de julio de 2025, el monto máximo de reembolso para los reclamos aprobados bajo el Proceso de Reclamaciones del Fondo Fiduciario para Contratistas de Mejoras en el Hogar es de **$20,000**, un aumento respecto de los $10,000.

Use este formulario para reclamar un reembolso adicional si previamente presentó un reclamo y fue aprobado por $10,000.

Complete este formulario, el cual debe ser notarizado por un Notario Público, y envíe cualquier documentación de costos adicionales reembolsables que excedan los incluidos en su reclamo aprobado original.

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Apellido	Sufijo *(Jr., Sr., Abg.)* (Opcional)	Nombre	Segundo nombre (Opcional)
Fecha de nacimiento (AAAA-MM-DD) ☐☐☐☐-☐☐-☐☐			
Dirección de casa *(Número de edificio, nombre de la calle, apartamento/suite/otro)*			
Ciudad	Estado	Código postal	País/Región *(si está fuera de los EE. UU.)*
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).			

INFORMACIÓN DEL RECLAMO SUPLEMENTARIO

Cantidad aprobada de la reclamación original:	$
Cantidad de la reclamación suplementaria: *(cantidad adicional a la aprobada previamente)*	$
Cantidad total: *(la suma de la Reclamación original y la Reclamación suplementaria no puede exceder los $20,000)*	$

Consumer and Worker Protection

DETALLE DE LA RECLAMACIÓN ORIGINAL Y SUPLEMENTARIA

Enumere todas las facturas o estimados presentados con su Reclamación original y Suplementaria.

Nombre del Negocio	Fecha de la Factura/Estimado	Factura/Estimado Costo	¿Incluido con la Reclamación Original?	
		$	☐ Sí	☐ No
		$	☐ Sí	☐ No
		$	☐ Sí	☐ No
		$	☐ Sí	☐ No
		$	☐ Sí	☐ No
		$	☐ Sí	☐ No
		$	☐ Sí	☐ No
		$	☐ Sí	☐ No
		$	☐ Sí	☐ No
		$	☐ Sí	☐ No
		$	☐ Sí	☐ No
		$	☐ Sí	☐ No
		$	☐ Sí	☐ No
		$	☐ Sí	☐ No
		$	☐ Sí	☐ No
		$	☐ Sí	☐ No
		$	☐ Sí	☐ No
		$	☐ Sí	☐ No
		$	☐ Sí	☐ No
Cantidad total: *(la cantidad debe coincidir con la sección anterior)*		**$**		

Consumer and Worker Protection

COMENTARIOS ADICIONALES

Si considera que necesita proporcionar más información para respaldar su Reclamación Suplementaria, utilice el espacio a continuación.

Consumer and Worker Protection

AFIRMACIÓN – Lea y firme abajo.

Estoy autorizado(a) para completar y presentar este Formulario de Reclamación Suplementaria y todos los documentos adjuntos (en conjunto, la "Reclamación Suplementaria"). He revisado toda la Reclamación Suplementaria. Declaro que el contenido de esta Reclamación Suplementaria es verdadero, correcto y completo.

Si cambia alguna de las informaciones en esta Reclamación Suplementaria, informaré al Departamento de Protección al Consumidor y al Trabajador sobre dichos cambios.

Entiendo que el Departamento de Protección al Consumidor y al Trabajador aún no ha considerado esta Reclamación Suplementaria.

Esta Afirmación se considerará ejecutada en la ciudad y el estado de Nueva York y se regirá 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