

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE RESTITUCIÓN
Para el Fondo de Restitución de la Federación Americana de Inmigrantes (“AIF”)

La fecha límite para presentar un formulario de reclamación de restitución es el 30 de noviembre de 2017.

Este formulario de reclamación de restitución debe ser enviado electrónicamente o tener sello postal de no más tardar que el **30 de noviembre de 2017**. Las reclamaciones no presentadas dentro de la fecha límite no serán revisadas por el Administrador.

NOTA: Este formulario no será aceptado a menos que cada requisito marcado con un asterisco (*) sea completado y se provea una forma de identificación que contiene su nombre y fecha de nacimiento, como especificado en Parte II.

Proporcionar información falsa, engañosa, o incompleta en este formulario podría perjudicar su derecho a la restitución.

Está recibiendo este formulario de reclamo porque ya usted previamente ha entregado a la Fiscalía General del Estado de Nueva York (la “OAG”) información sobre servicios de inmigración proveídos a usted de parte de AIF. Completar el formulario de reclamación ayudará a la OAG determinar si usted es elegible para recibir un pago del Fondo de Restitución de AIF, que ha sido establecido para recompensar a individuos estafados por AIF.

Este formulario, junto a una forma de identificación especificada en Parte II, se puedan entregar a la OAG en una de las siguientes cuatro formas:

(1) **por Correo a:**

Office of the Attorney General of the State of New York
Attn: AIF Restitution Fund
28 Liberty Street, 20th Floor
New York, NY 10005;

(2) **por correo electrónico** (Correo Electrónico: AIF.Fund@ag.ny.gov) y escribe “Fondo de Restitución de AIF” en la línea de sujeto; o

(3) **por fax** (Fax: 212-416-6030); o

(4) **en persona**, primero haciendo una cita para presentar el formulario de reclamo y su forma de identificación. Llama al 866-390-2992 para hacer su cita para presentar sus documentos **antes de** visitar nuestras oficinas en persona.

Favor de llamar a la línea telefónica de fraudes de servicios de inmigración de la OAG al 866-390-2992 con cualquier pregunta o inquietud. Cuando todos los formularios de reclamos sean revisados, la OAG se pondrá en contacto con los solicitantes considerados elegibles y emitirá un pago de restitución del Fondo.

NOTA: Solo individuos que sometan el formulario de reclamación y una forma de identificación especificada en la Parte II serán elegibles para un pago de restitución del Fondo.

PART I – INFORMACION PERSONAL

Apellido:* _____ Nombre: * _____

Fecha de Nacimiento: * _____ Número de Teléfono: * (____) _____ - _____
_____/_____/_____
mes / día / año Si es de otro país, código del país: _____

Domicilio Actual * _____
Dirección de Calle

Apt./Oficina/Edif. Ciudad Estado Código Postal País

Correo Electrónico: _____ Número de Correspondencia con el OAG: _____

PARTE II - DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*

Para ser elegible para restitución, usted tiene que someter una copia de un documento de identificación con este formulario o presentar su forma de identificación para una revisión en persona durante una cita programada.

Las formas de identificación aceptables tienen que incluir su nombre y fecha de nacimiento. Ejemplos pueden incluir:

- Pasaporte emitido por los E.E.U.U. u otro país,
- Acta de nacimiento,
- Certificado de naturalización,
- Tarjeta de identificación nacional,
- Identificación consular,
- Tarjeta de residente permanente,
- Permiso de reingreso,
- Documento de viaje de refugiado,
- Tarjeta de identificación militar de fotos de los E.E.U.U.,
- Tarjeta de identificación dependiente militar de los Estados Unidos,
- Tarjeta de autorización de empleo,
- Bienestar / Medicaid / Tarjeta de estampillas de comida del estado de Nueva York (“NYS”) con foto,
- Bienestar / Medicaid / Tarjeta de estampillas de comida de NYS sin foto,
- Licencia de Conducir,
- Licencia provisional de NYS / Permiso sin foto,
- Permiso de Pistola de NYS o la ciudad de Nueva York (“NYC”),
- Licencia Profesional de NYS,
- Identificación de estudiante,
- Identificación de empleado, o
- Certificado de comercio.

*Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada en esta reclamación es verdadera y correcta de acuerdo a mi saber y entender. **

Firma

Fecha