



Instrukcje dotyczące zmiany lub usunięcia adwokata zamieszczonego we wniosku

Jeżeli uprzednio autoryzowali Państwo fundusz VCF do porozumiewania się z adwokatem, a teraz pragną Państwo odwołać tą autoryzację, ponieważ adwokat nie reprezentuje już Państwa, prosimy skontaktować się z VCF pod numerem 1-855-885-1555, abyśmy mogli zaktualizować informacje w Państwa wniosku. Jeżeli potrzeba, linia pomocy telefonicznej pomoże też Państwu w dostępie do wniosku przez Internet.

Jeżeli chcą Państwo autoryzować fundusz VCF do porozumiewania się z nowym adwokatem, proszę mieć przy sobie imię i nazwisko nowego adwokata oraz jego informacje kontaktowe, gdy zadzwonią Państwo do linii pomocy telefonicznej. Będą Państwo również musieli wypełnić i złożyć następujące strony zawierające podpisy:

- zaświadczenie F - Potwierdzenie wnioskodawcy o stosowaniu się adwokata do ograniczeń dotyczących honorarium,
- zaświadczenie G - Autoryzacja do porozumiewania się i korespondencji,
- załącznik C - oświadczenie adwokata o stosowaniu się do ograniczeń dotyczących honorarium (do wypełnienia przez adwokata),
- załącznik D - Prośba adwokata o zatwierdzenie nierutynowych wydatków (do wypełnienia przez prawnika, o ile dotyczy).

Jeżeli złożyli Państwo dokumenty nakazujące VCF wypłatę odszkodowania poprzez Państwa adwokata, instrukcje te nie mogą zostać zmienione po wydaniu decyzji o obliczeniu odszkodowania. Mogą Państwo usunąć lub zmienić adwokata związanego z Państwa wnioskiem dla przyszłych odwołań i poprawek. Jeżeli kwota Państwa odszkodowania zmieni się przez taką poprawkę lub odwołanie, a Państwo złożą nowe instrukcje płatnicze przez wypełnienie i wysłanie formularza ze strony 2 niniejszego dokumentu, wtedy nowe instrukcje płatnicze zastosowane będą do wypłaty będącej wynikiem poprawki lub odwołania i wszystkich następnych wypłat. Wnioskodawcy powinni być świadomi tego, że niezależnie od tego w jaki sposób otrzymują oni wypłatę odszkodowania od VCF, są oni odpowiedzialni za wszelkie porozumienia z adwokatem dotyczące jego honorarium w ramach umowy pomiędzy adwokatem i klientem.



REVISED PAYMENT INSTRUCTIONS FORM – CHANGE OR DISMISSAL OF ATTORNEY

You should use this form if you previously authorized the Victim Compensation Fund (“VCF”) to make the payments on your claim to a law firm bank account and you want to change the payment instructions. Read the information on page 1 and follow the steps below to change the instructions for payments on your claim. All forms are available on the www.vcf.gov website under “Forms and Resources.”

1. Determine which scenario in Section 1 applies to you and follow the instructions for that scenario.
2. Complete the information in Section 2.
3. **MAIL** or fax this form with the additional required information to:
September 11th Victim Compensation Fund
PO BOX 34500
Washington, DC 20043
Fax: 202-353-0353

Once the VCF receives this form and the required information, we will process your request and change the payment instructions for your claim. The VCF will also notify your prior attorney that you have made a change to your claim.

SECTION 1

- Scenario A. If you have decided to continue your claim without your attorney, you must return this form with a completed ACH Payment Information Form with the new bank account information to be used for your VCF payments.
- OR -
 - Scenario B. If you are using a new attorney, your new attorney must return this form by mail with all of the following completed forms:
 - ACH Payment Information Form for the law firm (if not already on file with the VCF)
 - Client Authorization Form that meets the requirements in these [Law Firm Payment Instructions](#)
 - Attestation F - Claimant’s Acknowledgement of Attorney’s Compliance with Limitation on Attorney Fees
 - Attestation G - Authorization for Communication and Correspondence
 - Exhibit C - Attorney Certification of Compliance with Provision on Limitation on Attorney Fees (to be signed by your attorney)
 - Exhibit D - Attorney Request for Approval For Charge of Non-Routine Expenses (to be completed by your attorney, if applicable)
-

SECTION 2

Claimant Full Name: _____

VCF Number: _ _ _ _ _

1. I am changing my instructions to the September 11th Victim Compensation Fund on how I will receive payments for my claim.
2. I understand that this change does not affect any retainer or other agreement I have with my attorney or any obligations I have to pay my attorney for fees and expenses.
3. I understand that, if I have a contractual obligation to pay attorney fees and expenses, the attorney may be able to file a lawsuit against me to recover those fees and expenses.
4. I understand that in any lawsuit, the VCF might be required to provide information about my claim and submissions my former attorney made with respect to my claim.

Claimant Signature

Date