

Formulario de solicitud de remisión de pago al único cónyuge superviviente

Utilice este formulario para solicitar que se vuelva a emitir un pago a su nombre si realmente se cumplen las siguientes condiciones:

1. Usted es el único cónyuge vivo de un prestatario fallecido.
2. Usted ha recibido un cheque en virtud de la Ocwen NYDFS Consent Order.
3. El cheque se ha extendido a su nombre y el de su cónyuge fallecido.
4. Usted cumple con los requisitos para recibir la parte del pago que le corresponde.

Si usted cumple con todas estas condiciones, complete el formulario en su totalidad y firmelo en presencia de un notario (quien también deberá firmarlo). Envíe el formulario junto con una copia del certificado de defunción y el cheque original a la dirección que encontrará más abajo. Si usted *no cumple* estos requisitos, le aconsejamos que presente el **Formulario de solicitud de remisión de pago para un prestatario fallecido** en lugar de este. Puede encontrar el formulario en www.OcwenNYDFSPayments.com.

El administrador de los pagos tramitará el formulario y tomará las medidas razonables para dar validez a la información que ha presentado. De surgir cualquier pregunta sobre su solicitud, puede que el administrador de los pagos le pida información o documentación adicional. El cheque se reemitirá a su nombre una vez se tramite el formulario y se haya dado por válido por el total del pago que le corresponde a su préstamo. Por lo general, los cheques se envían por correo postal pasados 30 días desde su validación. Si no se envía el cheque original, el cheque de reemplazo no podrá remitirse hasta pasado un mínimo de 40 días desde la fecha de cancelación que se indica en el cheque original.

¿Tiene alguna pregunta? Si desea verificar si ya hemos recibido su formulario o tiene cualquier pregunta llame al 1-877-541-3100 o envíe un mensaje por correo electrónico a info@OcwenNYDFSPayments.com. El horario de atención al público es de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 9:00 p.m. en horario de la Costa Este, y los sábados, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en horario de la Costa Este.

Información del cheque original emitido en virtud de la Ocwen NYDFS Consent Order (incluya la información que conozca):

¿Se incluye el cheque?	Fecha del cheque	Nº de cheque	Cantidad	Nº de seguimiento	Nº de préstamo
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Su información (cónyuge vivo del coprestatario fallecido):

Nombre	
Domicilio postal	
Dirección de correo electrónico	Nº de teléfono
Presentado por: <input type="checkbox"/> Único cónyuge vivo <input type="checkbox"/> Representante del único cónyuge vivo (adjuntar prueba del poder o acreditación de representación)	

Información sobre el coprestatario fallecido (adjuntar copia del certificado de defunción):

Nombre	Fecha del fallecimiento
--------	-------------------------

Declaración jurada y Liberación de responsabilidad: Yo afirmo que (1) la información que he facilitado en este formulario es fiel y correcta; (2) tengo derecho exclusivo a recibir los beneficios derivados de esta acción en relación con el préstamo al que se hace referencia en este documento; y (3) no tengo noticia alguna sobre reclamaciones impagadas presentadas contra el difunto o su patrimonio hereditario. Entiendo que Epiq Class Action & Claims Solutions, Inc. ("Epiq") se basa en esta Declaración jurada para reconocer mi interés en este acuerdo.

En consideración al reconocimiento de mi interés en este acuerdo, por el presente documento acuerdo/acordamos liberar de toda responsabilidad a Epiq y a Ocwen, junto con sus filiales, ejecutivos y directivos, agentes y empleados, y al Ocwen NYDFS Consent Order Settlement Fund, de cualesquiera reclamaciones, pérdidas o daños que pudieran surgir de esta reclamación de autoridad, como, por ejemplo, la responsabilidad fiscal relacionada con impuestos estatales o federales, cargos o sanciones.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

Firmado ante mí, el dmo _____ de _____ de 20__.	Sello del notario:
Firma del notario:	

Envíe el formulario por correo postal a: Ocwen NYDFS Consent Order, PO Box 4655, Portland, OR 97208-4655