

## Formulario de solicitud de pago fraccionado

Utilice este formulario para solicitar al administrador de los pagos que reemita su cheque en cheques individuales a nombre de cada uno de los prestatarios que figuran en el cheque original. En todos los casos, cada cheque individual se emitirá por una parte prorrateada del total del cheque original. Por ejemplo, si el cheque original fue extendido por un total de \$10,000 y a nombre de dos coprestatarios, el administrador de los pagos solamente puede extender cheques individuales de \$5,000 a nombre de cada uno de ellos. El pago no se repartirá de otra forma en ningún caso.

**IMPORTANTE:** El(/los) abajo firmante(s) entiende(n) que Epiq Class Action & Claims Solutions, Inc. ("Epiq"), se basa en este Formulario de solicitud para reconocer mi (/nuestro) 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 frente a cualesquiera reclamaciones, pérdidas o daños que pudieran surgir de (1) la afirmación de derechos o reclamación al pago de reparación por parte de un coprestatario o cualquier otro tercero, y/o (2) un reparto de pagos erróneo, ya sea la reclamación conocida o desconocida, actualmente mantenida o que surja en el futuro.

**Facilite información del cheque original** (indique 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					

### Elegir una opción:

**Todos los prestatarios presentan juntos este formulario.**

Todos los prestatarios que se indican en el cheque firman este formulario. Solicitamos que el administrador de los pagos extienda cheques individuales prorrateados a favor de cada uno de nosotros. *Aviso:* De haber más de dos prestatarios en un cheque, facilite la misma información, incluyendo las firma(s) de los demás prestatarios en una página separada.

**Presento este formulario solamente en mi nombre.**

No es posible contactar con el(/los) coprestatario(s) o no está(n) dispuestos a participar en esta solicitud de cheques individuales. Extiendan un cheque prorrateado a mi nombre. Entiendo que el agente de pagos también extenderá pago(s) prorrateado(s) a mi(s) coprestatario(s) que figuran en el cheque.

**Prestatario 1**  **¿Se trata de un cambio de nombre?** (De ser así, rellene la sección que encontrará al dorso del formulario.)

Nombre	
Domicilio postal	
Dirección de correo electrónico	Teléfono
Firma	Fecha

**Prestatario 2**  **¿Se trata de un cambio de nombre?** (De ser así, rellene la sección que encontrará al dorso del formulario.)

Nombre	
Domicilio postal	
Dirección de correo electrónico	Teléfono
Firma	Fecha
Motivo por el que se solicita el pago fraccionado	

**Instrucciones:** Adjuntar el cheque original y enviar por correo postal a la dirección que figura más abajo. Si nos envía el cheque original, los cheques de reemplazo prorrateados se enviarán en unos 30 días aproximadamente tras recibirse y validar la solicitud. Si no se envía el cheque original, el cheque de reemplazo no podrá emitirse hasta pasado un plazo mínimo de 40 días desde la fecha de anulación que se indica en el cheque original.

Puede que el administrador de los pagos dé validez a la dirección postal basándose en datos del dominio público. Si el administrador de los pagos no pudiera verificar la dirección, puede que deba presentar algún documento que acredite su dirección postal.

**¿Tiene alguna pregunta?** Si tiene alguna pregunta, llame al 1-877-541-3110 (lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 9:00 p.m. en horario de la Costa Este, y los sábados entre las 8:00 a.m. y las 4:00 p.m. en horario de la Costa Este) o bien, envíe un mensaje por correo electrónico a [info@OcwenNYDFSPayments.com](mailto:info@OcwenNYDFSPayments.com).

---

## Solicitud de cambio de nombre del beneficiario

Si su nombre figura impreso de forma incorrecta en el cheque, presente la siguiente información y documentación para solicitar al administrador de los pagos que extienda el pago fraccionado a su nombre una vez corregido. Al firmar al dorso, usted(es) afirma(n) que la información que ha(n) facilitado es verdadera y exacta.

### **Motivo del cambio de nombre**

Matrimonio

Divorcio

Nombre legítimo

Nombre incorrecto

### **Documentación a presentar con este formulario**

Copia del certificado de matrimonio o tarjeta del seguro social firmada.

Copia de la sentencia de divorcio que establezca que usted puede continuar usando su nombre de pila o el nombre de soltero/a confirmado por el tribunal o la tarjeta del seguro social firmada.

Documento de cambio de nombre confirmado por un tribunal o tarjeta del seguro social firmada.

Permiso de conducir o tarjeta del seguro social firmada.

**Nombre tal y como figura en el cheque:**

---

**Nombre tal y como debería figurar:**

---

---

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

**¿Tiene alguna pregunta? Llame al 1-877-541-3110  
o envíe un mensaje por correo electrónico a [info@OcwenNYDFSPayments.com](mailto:info@OcwenNYDFSPayments.com)**