

ALT Settlement
c/o JND Legal Administration
P.O. Box 91307
Seattle, WA 98111

FORMULARIO DE RECLAMO DE DEMANDA COLECTIVA

Cambios de nombre/dirección (según corresponda). Escriba a continuación:

Nombre

Apellido

Dirección

Proporcione la siguiente información de identificación personal:

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de correo electrónico: _____

()

Código de área

Número de teléfono diurno

()

Código de área

Número de teléfono vespertino

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Mes

Día

Año

Otros nombres usados a partir del 2004: _____

Entiendo que, si he recibido este formulario preimpreso en el correo, y se confirma que soy un miembro del Grupo de daños y perjuicios, tengo derecho a recibir una indemnización basada en una fórmula aprobada por el Tribunal que tenga en cuenta la presunta gravedad de las condiciones impugnadas en la demanda, incluidas (1) las variaciones en las condiciones con el tiempo (con las condiciones supuestamente más discriminatorias y restrictivas que ocurran antes de octubre de 2014) y, (2) las variaciones en el estado de la condena de los reclusos, la clasificación de seguridad y la elegibilidad para trabajar (con los reclusos condenados y elegibles para trabajar que supuestamente experimentan las condiciones más discriminatorias).

Entiendo que mi derecho a la indemnización será determinado de forma exclusiva por los registros del Departamento de alguaciles del condado de San Bernardino (San Bernardino County Sheriff's Department, "SBCSD"). También entiendo que, si he descargado un formulario de reclamo del sitio web, o de lo contrario obtenido un formulario en blanco, si soy un miembro del grupo y la cantidad que puedo recibir se determinará a partir de los registros electrónicos de la HACLA.

Entiendo que la cantidad que puedo recibir de este acuerdo puede variar en base al número y al grado de los reclamos presentados y que la conciliación se explica más plenamente en el Aviso del grupo enviado por correo postal a los miembros del grupo y en los documentos publicados en el sitio web del Administrador del grupo.

Debe enviar por correo este Formulario de reclamo con matasellos **A MÁS TARDAR el 7 DE ENERO DE 2019**, para recibir dinero del fondo del grupo.

ACTÚE AHORA

Si su Formulario de reclamo no se envía por correo con matasellos a más tardar el 7 de enero de 2019, no se lo considerará como un miembro del grupo incluso si deseara serlo, pero todavía estará obligado por la conciliación y no recibirá dinero alguno. **NO SE DEMORE.**

La información proporcionada en este Formulario de reclamo es privada y se mantendrá en la más estricta confidencialidad, excepto conforme sea necesario para las Partes y el Administrador de la conciliación. Si tiene alguna pregunta sobre esta demanda, escríbanos a ALT Settlement, c/o JND Legal Administration, P.O. Box 91307, Seattle, WA 98111; comuníquese por correo electrónico a info@ALTSettlement.com o visite nuestro sitio web en www.ALTSettlement.com.

SÍ, DESEO HACER UN RECLAMO.

Al firmar este formulario a continuación, confirmo que la información anterior es correcta y que:

1. Soy la persona identificada con anterioridad y tengo más de 18 años.
2. No he recibido dinero ni una indemnización por reclamo alguno involucrado en este caso.
3. Acataré, y me limitaré a, la fórmula de los daños y perjuicios aprobados por el Tribunal.
4. Mantendré informado al Administrador de la conciliación sobre mi paradero en todo momento.

Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta.

Fecha: _____
(mm/dd/aaaa)

Firma: _____