

**NOTIFICACIÓN DE SU IMPORTE DEL ACUERDO**

*Gabriel Casillas, et. al. v. All United Transport, Inc.*  
**Corte Superior del Condado de Los Ángeles Caso BC561976**

**USTED NO RECIBIRÁ REPRESALIAS POR PARTE DE ALL UNITED TRANSPORT, INC., SUS AGENTES O EMPLEADOS, SI RECIBE SUMAS DE DINERO EN VIRTUD DE ESTE ACUERDO**

«Barcode» «BarcodeString»  
SIMID «SIMID»  
«FirstName» «LastName»  
«Address1» «Address2»  
«City» «State» «Zip»

**POR FAVOR. COMPLETE EL CAMBIO DE DOMICILIO A CONTINUACIÓN:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Indique el mejor número de contacto para comunicarse con usted:**

(\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA**

**¿PREGUNTAS? LLAME AL (888) 369-3780**

Si no se excluye de este acuerdo, recibirá un importe prorrateado por cada semana que trabajó. El importe prorrateado depende de la cantidad de miembros de la clase **que no se hayan excluido del acuerdo.**

**Sobre la base del número de miembros de la Clase que aún no se han excluido del acuerdo, las Partes estiman que el importe bruto que recibirá es aproximadamente:**

**\$«MERGED\_EstSettAmnt\_CALC»**

SI ELIGE ENVIAR ESTE FORMULARIO COMPLETE ESTE FORMULARIO A CONTINUACIÓN FÍRMELO Y ENVÍELO EN EL SOBRE DE RESPUESTA INCLUIDO CON ESTE PAQUETE A:

CASILLAS V. ALL UNITED TRANSPORT INC.,  
C/O SIMPLUIRS, INC.,  
P.O. BOX 26170  
SANTA ANA, CA 92799  
TELÉFONO: (888) 369-3780

**A. INSTRUCCIONES**

1. Si se muda, **debe** enviarle al Administrador de la Demanda su nueva dirección; de lo contrario, es posible que nunca reciba su pago del acuerdo. Es **su responsabilidad** que la dirección que tenga registrada el Administrador de la Demanda esté actualizada.
2. Si usted es elegible para recibir un pago del acuerdo, no espere recibir su pago sino hasta, aproximadamente, 70 a 90 días después de la Audiencia de Homologación Definitiva de este Acuerdo de Acción de Clase, y después de que se hayan agotado todos los derechos a cualquier apelación.

**B. NÚMERO DE SEMANAS INDEMNIZABLES**

Los registros de ALL UNITED TRANSPORT, INC. (el "Demandado") indican que, durante el Período de la Clase (27 de octubre del 2010 a 21 de mayo del 2018), usted trabajó como conductor Propietario/Operador de Camión en California durante «MERGED\_WW» Semanas Indemnizables en total. La cantidad de Semanas Indemnizables se basa en los registros de camiones y de facturación del Demandado. Se cuenta cada semana en la que usted haya trabajado, al menos, un día durante el Período de la Clase.

**C. RECONOCIMIENTOS**

Al firmar a continuación, usted reconoce que:

- (a) Ha leído la NOTIFICACIÓN DE ACUERDO DE ACCIÓN DE CLASE que se adjunta;
- (b) No se ha excluido oportunamente del ACUERDO DE ACCIÓN DE CLASE;
- (c) Se somete a la jurisdicción de la Corte Superior del Condado de Los Ángeles respecto de la Demanda, como miembro participante de la Clase del Acuerdo, y a los efectos de la aplicación de la Exoneración de Reclamos precedente;
- (d) Comprende que los términos completos y precisos del Acuerdo de Acción de Clase propuesto que usted acepta se encuentran en el Acuerdo presentado a la Corte;
- (e) Se le ha informado que su pago estimado del acuerdo es de \$«MERGED\_EstSettAmnt\_CALC»; y
- (f) Está obligado por los términos de toda Sentencia de la Corte que pueda dictarse en esta Acción.

**D. PREGUNTAS**

Si tiene alguna pregunta, escríbale al Administrador de la Demanda a la dirección que se indica en la página 1 o llame al: (888) 369-3780.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, DECLARO BAJO PENA DE FALSO TESTIMONIO CONFORME A LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA, QUE TRABAJÉ PARA ALL UNITED TRANSPORT, INC., QUE SOY LA PERSONA CUYO NOMBRE APARECE EN ESTE FORMULARIO Y QUE LO QUE ANTECEDE ES VERDADERO Y CORRECTO.

\_\_\_\_\_  
(Firme aquí) (Escriba su nombre en letra de imprenta clara) (Fecha)

(El siguiente párrafo solo se aplica a aquellos que impugnan la cantidad total de Semanas Indemnizables trabajadas durante el Período de la Clase, tal como se expuso anteriormente. Si usted no impugna su cantidad total de Semanas Indemnizables trabajadas, déjelo en blanco.)

**E. IMPUGNACIÓN DE LAS SEMANAS TRABAJADAS**

***(COMPLETAR ESTA SECCIÓN SOLO si no está de acuerdo con las semanas de trabajo indicadas anteriormente)***

Si no está de acuerdo con la cantidad total de Semanas Indemnizables trabajadas (semanas reales en las que estuvo en servicio activo para el Demandado como Propietario/Operador de Camión en California) durante el Período de la Clase establecido anteriormente en la página uno, debe notificar al Administrador de la Demanda por escrito a más tardar el 10 de septiembre del 2018, **y adjuntar la documentación** que respalde la cantidad de Semanas Indemnizables que usted afirma que trabajó. Si no proporciona esta información y documentación acreditativa satisfactoria sobre el total de Semanas Indemnizables que usted cree que trabajó para el Demandado o sus sucesores como Propietario/Operador de Camión en California durante el Período de la Clase, cualquier reclamo que usted formule será basado únicamente en los registros de los Demandados.

**No estoy de acuerdo con la cantidad total de Semanas Indemnizables trabajadas por mí durante el Período de la Clase. Creo que la cantidad real de Semanas Indemnizables trabajadas por mí durante el Período de la Clase es \_\_\_\_\_. He adjuntado la documentación que respalda esta afirmación.**

\_\_\_\_\_  
(Firme aquí) (Escriba su nombre en letra de imprenta clara) (Fecha)

Número del Seguro Social:

(Ingrese los **últimos cuatro dígitos** de su número de Seguro Social) (Número de Identificación Tributaria)