

SEXTO FORMULARIO DE RECLAMO MODIFICADO – INSTRUCCIONES

Si se verifica que usted es una persona afectada por el acuerdo de *Rodriguez* (o designado “miembro de la clase”), usted tiene derecho a TODOS los siguientes beneficios:

- **Participación en el Programa de Trabajos y Educación**
- **Servicios gratuitos para la eliminación de tatuajes**
** El acuerdo original disponía que los miembros de la clase solicitaran la remoción de los mandatos judiciales contra pandillas. Tenga en cuenta que los miembros de la clase no tienen que presentar una petición a la ciudad porque la ciudad ya ha informado a todos los miembros de la clase que la ciudad ya no hará cumplir las órdenes judiciales de pandillas en su contra.

INSTRUCCIONES PARA RECLAMAR SUS BENEFICIOS:

1. **Llene la Parte 1, la sección titulada “Información Del Miembro de la Clase,” para verificar que es un miembro de la clase.** Cualquier información que elija proporcionar se utilizará SOLAMENTE para verificar que es un miembro de la clase y para contactarlo con respeto a los beneficios del acuerdo. La información proporcionada, se mantendrá confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito.
2. **Llene la Parte 2, la sección titulada “Solicitud de Beneficios” para elegir los beneficios deseados.**
3. **Llene la Parte 3, la sección titulada “Solicitud Para Transferir Mis Beneficios Bajo el Programa de Trabajos y Educación a un Miembro de su Familia” solamente si usted quiere transferir sus beneficios a un miembro de su familia.**
Si el miembro de la clase ha fallecido, los beneficios bajo el Programa de Trabajos y Educación pueden ser transferidos a un heredero. Contacte CAC Services Group o a los abogados de la clase para obtener más información **
4. **Envíe este formulario en el sobre adjunto o envíelo por correo al administrador del acuerdo a la siguiente dirección:**

**Rodriguez v. City of Los Angeles Claims
c/o CAC Services Group, LLC
6420 Flying Cloud Dr., Ste. 101
Eden Prairie, MN 55344**

También puede enviar formularios por correo electrónico a info@cacs.com

5. **El sobre requiere tener la fecha postal sellada a no más tardar del 27 de marzo de 2024.¹**

***Preguntas? Necesita ayuda con este formulario?
Llame al (310) 997-0380 con los abogados de los miembros de la clase,
O visite: www.gangcase.com***

¹ Si su reclamo tiene matasellos posterior al 27 de marzo de 2024, su reclamo puede ser rechazado. La Ciudad ha acordado pagar hasta un máximo de \$7.5 millones por año para financiar el Programa de Trabajos y Educación. Si se ha alcanzado el máximo anual, es posible que no pueda recibir los servicios del Programa.

PARTE 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DE LA CLASE:

Cualquier información que proporcione se utilizará SOLAMENTE para verificar que es un miembro de la clase y para contactarlo con respecto a los beneficios del acuerdo. Se mantendrá confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito.

[NOMBRE] _____

[DIRECCIÓN] _____

[CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL] _____

Número de teléfono(s) (_____) _____ - _____ (Casa) (_____) _____ - _____ (Otro)

Correo Electrónico: _____ Fax: (____) _____ - _____

Otros nombres o apodos que he utilizado o que LAPD me ha asignado o pueda conocerme por:

Fecha de Nacimiento: _____ SSN #: _____ - _____ - _____ Cal ID/CII/otros identificadores: _____

PARTE 2: SOLICITUD DE BENEFICIOS (indique toda opción seleccionada)

TRABAJO Y EDUCACIÓN: Me gustaría obtener los beneficios del Programa de Trabajo y Educación.

€ Me gustaría participar en el Programa de Trabajo y Educación. Un representante del programa me puede contactar.

€ Me gustaría transferir los beneficios que me corresponden bajo el Programa de Trabajo y Educación al siguiente miembro de mi familia _____ (si elige esta opción, favor de llenar la Parte 3 en la siguiente página titulada “Solicitud Para Transferir Mis Beneficios Bajo el Programa de Trabajo y Educación a un Miembro de Familia”).

€ Actualmente estoy en la cárcel o prisión y me gustaría obtener más información sobre el tipo de beneficios que puedo recibir mientras estoy bajo custodia.

ELIMINACIÓN DE TATUAJES: Estoy interesado/a en recibir servicios para la eliminación de tatuajes y doy permiso para que un representante del programa se ponga en contacto conmigo.

Yo declaro bajo pena de perjurio que soy sujeto a una o más de las restricciones contra pandillas que fueron nombradas en esta demanda y que la información declarada en este formulario es correcta y la verdad.

Fecha: _____ Firma: _____

Nota: Si cambia de domicilio, envíe su nueva dirección al administrador CAC Services Group, LLC o llame al (310) 997-0380. Usted es responsable de informar al administrador de cualquier cambio a su dirección.

PARTE 3: SOLICITUD PARA TRANSFERIR MIS BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA DE TRABAJOS Y EDUCACIÓN A UN MIEMBRO DE FAMILIA

*****Por favor complete esta sección SOLAMENTE si desea transferir el beneficio del Programa de Empleo y Educación a un miembro de familia.*****

Yo, _____

solicito que el beneficio del Programa de Trabajos y Educación al que tengo derecho como miembro de la clase sea transferido a el miembro de mi familia (padre, hijo, hermano o hermana, cónyuge, primo, tía, tío, sobrino, o sobrina) nombrado abajo.

Entiendo que al transferir el beneficio, pierdo mi derecho a participar personalmente en el Programa de Trabajos y Educación.

Entiendo que si transfiero los beneficios del Programa de Trabajos y Educación a un miembro de mi familia inmediata (padre, madre, hijo/a, hermano/a o cónyuge), el/ella tendrá derecho a los mismos beneficios que me corresponden pero si transfiero los beneficios a un pariente más lejano (primo, tía, tío, sobrino o sobrina), ellos podrán calificar para los beneficios sólo si los fondos anuales del programa (\$1.125 millón) no se han terminado. Si tengo alguna pregunta, sé que puedo llamar al (310) 997-0380 para hablar con un abogado para los miembros de la clase.

Entiendo que, si transfiero mi beneficio del programa de Trabajos y Educación a un familiar, Yo todavía podre recibir mis beneficios de Eliminación de Tatuajes.

Entiendo que los beneficios para la eliminación de tatuajes no pueden ser transferidos a un miembro de familia. Puedo transferir solamente los beneficios del Programa de Trabajos y Educación.

Declaro bajo pena de perjurio que el beneficiario nombrado abajo es miembro de mi familia inmediata (padre, hijo, hermano o hermana, el cónyuge) o es (primo, tía, tío, sobrino, o sobrina), y que la información explicando como soy pariente del beneficiario es correcta y la verdad.

Fecha: _____ Firma: _____

Nombre del beneficiario: _____ Relación con el reclamante: _____

Dirección del beneficiario: _____ Número de teléfono del beneficiario:(____) ____ - _____

PARTE 4: SOLICITUD PARA TRANSFERIR MIS BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA DE TRABAJOS Y EDUCACIÓN A UN HEREDERO DE UN MIEMBRO DE LA CLASE QUE HA FALLECIDO

Yo, _____, aquí declaro lo siguiente:

(1) _____, (nombre del difunto), falleció el _____ (fecha) en _____ (localidad).

(2) Han transcurrido al menos 40 días desde el fallecimiento del individuo, como se muestra en una copia certificada de la acta de difución del individuo adjunto a esta declaración jurada o declaración.

(3) O (marque la caja correspondiente):

Actualmente no se está llevando a cabo ningún procedimiento en California para la administración del patrimonio del difunto.

El representante personal del difunto ha consentido por escrito en transferirme la propiedad descrita en esta declaración.

(4) El valor justo de mercado bruto actual de los bienes inmuebles e personales del difunto en California, excluyendo los bienes descritos en la Sección 13050 del Código Testamentario de California, no excede los ciento cincuenta mil dólares (\$150,000).

(5) _____ (difunto) ha sido verificado como un miembro de la clase impactado por el acuerdo de Rodriguez y tiene derecho a participar en el Programa de Trabajos y Educación.

(6) Yo, _____, soy el sucesor del difunto (como definido en la Sección 13006 del Código Testamentario de California) al interés del difunto en los beneficios del Programa de Trabajos y Educación. Mi relación con el difunto es _____.
(cónyuge, hijo, padre, hermano)..

(7) Ninguna otra persona tiene un derecho superior al interés del difunto en los beneficios del Programa de Trabajos y Educación.

(8) Yo solicito que me transfieran los beneficios del Programa de Trabajos y Educación.

(9) Yo afirmo o declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha: _____ Firmado: _____

Dirección del beneficiario: _____ Número de teléfono: (____) ____ - _____

Correo Electronico: _____