

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Juana Diaz, individualmente y en nombre de todos/todas los/las demás en una situación similar, Demandante v. Forever 21 Logistics, LLC, una corporación de Delaware; y N.N. Uno hasta e incluyendo N.N. cincuenta, los Demandados. Caso Nro. BC 510004.

SI DESEA RECIBIR DINERO DENTRO DE ESTE ACUERDO, DEBE COMPLETAR ESTE FORMULARIO. DEBE COMPLETAR, FIRMAR Y ENVIAR (POR CORREO DE PRIMERA CLASE DE LOS ESTADOS UNIDOS O EQUIVALENTE), ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN. EL FORMULARIO DEBE SER MATASELLADO EN O ANTES DEL 29 DE JULIO DE 2015, CON LA DIRECCIÓN INDICADA A CONTINUACIÓN, O USTED NO SERÁ ELEGIBLE PARA RECIBIR UNA COMPENSACIÓN MONETARIA.

PSA ID: <<ID>>

<<EmployeeName>>

<<Address>>

<<City>>, <<State>> <<Zip>>

Nombre/Cambios de Dirección, si los hubiera:

(_____) _____ - _____

Teléfono particular

ENVIAR A :

Forever 21 Logistics, LLC Wage & Hour
c/o Phoenix Settlement Administrators
PO Box 27907
Santa Ana, CA 92799
Phone number: 1-888-613-5553

INSTRUCCIONES

1. Debe completar, firmar y enviar este formulario de reclamación para de ser elegible para la compensación monetaria. Debe incluir los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social en el espacio de abajo.
2. Si se muda, por favor envíe al Administrador del Acuerdo su nueva dirección. Es su responsabilidad mantener su dirección actual en los archivos del Administrador del Acuerdo.

DEBE COMPLETAR TODAS LAS PÁGINAS DEL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN.

Los registros del Demandado muestran que entre las fechas indicadas a continuación (que son sólo incluyen el período entre el 24 de mayo de 2009 y el 11 de marzo de 2015), trabajó como empleado por horas o no exento en un Centro de distribución o depósito de Forever 21 en California:

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
<<qHDate>>	<<qTDate>>

De acuerdo a los registros del Demandado, el número total de semanas de trabajo compensables (es decir, el número de semanas de trabajo que trabajó como empleado por horas o no exento en los Centros de distribución o depósitos del Demandado en California dentro de este rango de fechas, con excepción de las semanas cubiertas por el Acuerdo Lozano) es: <<TotalWeeks>>.

Si no está de acuerdo con las fechas de empleo mencionadas anteriormente y/o el número total de Semanas de Trabajo Compensables, indique: (1) las fechas correctas que usted cree que trabajó como empleado por horas o no exento en los centros de distribución o depósitos del Demandado durante el Plazo Cubierto; y/o (2) el número de semanas de trabajo compensables que usted cree que trabajó durante el Plazo Cubierto.

Además, explique por qué cree Los registros del Demandado son incorrectos, y adjunte toda la documentación que lo justifique:

(TENGA EN CUENTA QUE PODRÍA SER NECESARIO REALIZAR ENVÍOS ADICIONALES SI USTED ENVÍA DOCUMENTACIÓN ADICIONAL EN EL SOBRE ADJUNTO).

CONSENTIMIENTO DE FLSA PARA OPTAR

Al enviar este formulario de reclamación, doy mi consentimiento para ser un demandante en esta acción de conformidad con la Ley de Normas Razonables de Trabajo de 1938, 29 USC § 216 (b).

LIBERACIÓN DE RECLAMACIONES

Mi firma constituye mi liberación total y completa de Forever 21 Logistics, LLC, Forever 21, Inc. y todas sus antiguos y actuales matrices, subsidiarias y afiliadas, y sus funcionarios actuales y anteriores, directores, empleados, socios, accionistas y agentes, predecesores y sucesores, cesionarios y representantes legales de todas esas entidades e individuos ("Partes Liberadas"), de cualquiera y todas las siguientes afirmaciones con respecto a los actos y omisiones durante el período comprendido entre el 24 de mayo de 2009 hasta la fecha de aprobación final del Acuerdo en la corte: (a) falta de pago de todos los salarios adeudados, incluyendo pago de horas extras (Código Laboral de California §§ 510, 1994); (b) falta de pago de todos los salarios adeudados, incluyendo pago de horas extras a los límites permitidos por la Ley Federal de Normas Razonables de Trabajo, en su forma enmendada ("FLSA"), 29 U.S.C. § 201; (c) falta de cumplimiento de períodos de comida y de descanso y el no pago de las primas salariales por las supuestas violaciones relacionadas con períodos de comida y descanso (Código Laboral de California §§ 226.7, 512); (d) falta de recibos de salarios precisos (Código Laboral de California §§ 226, 226.3 and 226.6 y subsiguientes); (e) sanciones de tiempo de espera (Código Laboral de California § 203); (f) prácticas comerciales desleales y/o competencia desleal (Cal. Bus. & Prof. Code §§ 17200 y subsiguientes); (g) falta de reembolso de gastos de negocio (Código Laboral de California § 2802); (h) sanciones civiles conforme a la Ley de Trabajo Código Privado de Procuradores Generales de 2004 ("PAGA", por sus siglas en inglés) (Código Laboral de California §§ 2698 y subsiguientes), que fueron o que podrían haberse basado en los hechos y las teorías jurídicas planteadas en la Segunda Enmienda Modificada; (i) cualquier otra reclamación o sanción contemplada en las leyes de salarios y horas declaradas en la Segunda Demanda Modificada o que podrían haber sido declaradas en base de alegaciones contenidas en la Segunda Enmienda Modificada; y (j) todos los daños, multas, intereses y otras cantidades exigibles de conformidad con (a)-(i) en la extensión permitida por el Código Laboral de California, Comisión de Bienestar Industrial; la Ley de Competencia Desleal de California, y la FLSA(colectivamente, "Reclamaciones Liberadas").

CERTIFICACIÓN DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

Substituto del formulario W-9 del IRS

Introduzca los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social: XXX—XX—

Certifico que:

1. El número de seguro social parcial mostrado en este formulario indica correctamente los últimos 4 dígitos de mi número de identificación fiscal, y
2. No estoy sujeto a retención adicional debido a lo que sigue: (a) Estoy exento de retención adicional, o (b) No he sido notificado por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) que estoy sujeto a retención adicional como resultado de la no información de todos los intereses o dividendos, o (c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a la retención adicional; y
3. Soy un ciudadano estadounidense o estoy autorizado para trabajar en los EE.UU.

Nota: Si usted ha sido notificado por el IRS que está sujeto a retención adicional, debe tachar el punto 2 anterior.

El IRS no requiere de su consentimiento para ninguna disposición de este documento distinto a este Formulario de certificación W-9 a fin de evitar retención adicional.

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Con fecha: _____

Firma

Nombre en Imprenta