

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXCLUSIÓN**

*Watkins v. St. Jude Hospital Yorba Linda, y otros.*

OCSC CASE NO. 30-2012-00561240-CU-OE-CXC (CASO OCSC NRO. 30-2012-00561240-CU-OE-CXC)

**NO FIRME ESTE DOCUMENTO A MENOS QUE DESEE EXCLUIRSE DEL ACUERDO CORRESPONDIENTE A LA DEMANDA COLECTIVA DE WATKINS V. ST. JUDE HOSPITAL YORBA LINDA.**

**IDENTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE**

[NOMBRE MIENTRAS ERA EMPLEADO]

[DIRECCIÓN]

[NÚMERO DE TELÉFONO]

NOMBRE Y DIRECCIÓN CORRECTOS:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**SI CUALQUIER INFORMACIÓN NO FUERA CORRECTA, USTED DEBE PROVEER LA INFORMACIÓN CORRECTA EN EL ESPACIO QUE SE PROVEE ARRIBA.**

Si usted desea participar en el acuerdo no envíe este Formulario de Solicitud de Exclusión. Si desea participar en el acuerdo debe seguir las instrucciones que se encuentran en el "Formulario de Reclamación".

Si desea excluirse de este acuerdo, debe completar y firmar este Formulario de Exclusión y enviarlo por Correo de los Estados Unidos, fax o correo electrónico en o antes del 07 de julio de 2015 a:

Phoenix Settlement Administrators  
P.O. Box 27907  
Santa Ana, Ca. 92799-7907

Llame gratuitamente al: 888-613-5553  
Fax: 949-209-2503

Correo Electrónico: classmember@phoenixclassaction.com

Lea esta declaración antes de firmar:

Confirmando que he recibido notificación de la propuesta de acuerdo en esta demanda. He decidido excluirme de la clase, y he decidido no participar en el acuerdo propuesto. Como tal, no deseo recibir ningún porcentaje del acuerdo obtenido.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

[CLAIM NO. <<PSA ID>>]

**SI USTED DESEA PARTICIPAR EN LA DEMANDA COLECTIVA, DETÉNGASE, NO ENVÍE ESTE FORMULARIO, EN SU LUGAR ENVÍE EL "FORMULARIO DE RECLAMACIÓN".**