

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN**

**COMPLETAR Y PRESENTAR ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN A MÁS TARDAR  
EL 2 DE NOVIEMBRE DE 2015**

PSAID <<PSAID>>  
<<LastName>>, <<FirstName>>  
<<Address1>> <<Address2>>  
<<City>>, <<State>> <<Zip>>

Cambios de Nombre/Domicilio (si los hubiera):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Código de Área Número de Teléfono

**USTED REÚNE LOS REQUISITOS PARA RECIBIR UN PAGO DE LIQUIDACIÓN ESTIMADA POR LA CANTIDAD DE \$<<est. amt>> PREVIO PAGO DE LAS DEDUCCIONES FISCALES DE NÓMINA. PARA TENER DERECHO A RECIBIR UN PAGO DE LIQUIDACIÓN, DEBE COMPLETAR, FIRMAR Y ENVIAR ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN AL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES (PHOENIX SETTLEMENT ADMINISTRATORS) YA SEA POR FÁX O POR CORREO POSTAL DE EE.UU., A MÁS TARDAR EL 02 DE NOVIEMBRE DE 2015, CON MATASELLOS EN O ANTES DEL 02 DE NOVIEMBRE DE 2015. TAMBIÉN PUEDE PRESENTAR UN RECLAMO EN LÍNEA EN WWW.PHOENIXCLASSACTION.COM/HERMANVLAENGINEERING A MÁS TARDAR A LAS 23:59 HORA DEL PACIFICO EN O ANTES DEL 02 DE NOVIEMBRE DE 2015**

**PHOENIX SETTLEMENT ADMINISTRATORS  
RE: HERMAN v. LAE SETTLEMENT  
PO BOX 27907  
Santa Ana, Ca. 92799**

**Número de teléfono: (888) 613-5553  
Número de fáj : (949) 209-2503  
Correo electrónico: classmember@phoenixclassaction.com**

El pago estimado de la liquidación se basa en el número de semanas de trabajo que usted trabajó para LAE en cualquier momento entre el 19 de julio de 2008 y el 13 de agosto de 2015 como empleado por hora en cualquiera de estos puestos de trabajo: Carpintero, Aprendiz de Carpintero, Albañil de Cemento, Aprendiz de Albanil Cemento, Operador de Grúa, Operador de Equipo, Obrero, Aprendiz de Obrero, Obrero de Riego de Parquización, Portero de Riego de Parquizacion, Obrero de Paisaje de Mantenimiento, Ingeniero de Operacion, Aprendiz de Ingeniero de Operacion, Conductor de Camión o Jardineria. Según los registros de LAE, usted trabajó aproximadamente <<ww>> semanas laborales. Si cree que el número de semanas laborales enumeradas aquí no es exacto, proporcione el mismo, a más tardar el 2 de Noviembre de 2015, con información específica y documentación por escrito al Administrador de Reclamaciones (la información de contacto que aparece anteriormente) sobre el número de semanas laborales que reclama que usted trabajó.

Fecha: \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Escriba los Cuatro Últimos Dígitos del Número de Su Seguro Social)