

**REQUEST FOR EXCLUSION**

*Melissa Moss v. Sares-Regis Operating Company*

Orange County Superior Court, Case No. 30-2021-02101041-CU-OE-CXC

COMPLETE AND SIGN THIS FORM IF YOU WANT TO **EXCLUDE** YOURSELF FROM THE *MELISSA MOSS V. SARES-REGIS OPERATING COMPANY* CLASS ACTION SETTLEMENT. YOU MAY NOT REQUEST EXCLUSION FROM THE PAGA CLAIMS

I am/was employed by Sares-Regis Operating Company (“SRG”) as an hourly or non-exempt employee in the State of California from May 7, 2019 to July 8, 2021.

I wish to be excluded from the settlement of the class claims alleged in the matter of *Melissa Moss v. Sares-Regis Operating Company*. I understand that my estimate Settlement Share is **[INSERT]** and I will **NOT** receive any money from the class settlement if I sign and return this form.

Full Name: \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Last Four (4) Digits of Your Social Security Number: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dated: \_\_\_\_\_

Signature

THIS DOCUMENT MUST BE SENT VIA U.S. MAIL POSTMARKED NO LATER THAN March 6, 2023 TO:  
Phoenix Settlement Administration  
P.O. Box 7208  
Orange, CA 92863

IF YOU WANT TO RECEIVE MONEY FROM THE CLASS ACTION SETTLEMENT, **DO NOT** RETURN THIS FORM.

**SOLICITUD DE EXCLUSIÓN**

*Melissa Moss contra Sares-Regis Operating Company*

Tribunal Superior del Condado de Orange, caso n° 30-2021-02101041-CU-OE-CXC

COMPLETE Y FIRME ESTE FORMULARIO SI DESEA **EXCLUIRSE** DEL ACUERDO DE DEMANDA COLECTIVA DE *MELISSA MOSS CONTRA LA COMPAÑÍA DE OPERACIONES SARES-REGIS*. USTED NO PUEDE SOLICITAR LA EXCLUSIÓN DE LAS RECLAMACIONES DE PAGA

Soy/he sido empleado por Sares-Regis Operating Company ("SRG") como empleado por horas o no exento en el Estado de California desde el 7 de mayo de 2019 hasta el 8 de julio de 2021.

Deseo ser excluido de la conciliación de las demandas colectivas alegadas en el asunto de *Melissa Moss contra Sares-Regis Operating Company*. Entiendo que mi parte estimada del acuerdo es de **[INSERT]** y que **NO** recibiré ningún dinero del acuerdo colectivo si firmo y devuelvo este formulario.

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

Dirección de correo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Cuatro (4) últimos dígitos de su número de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Firma

ESTE DOCUMENTO DEBE ENVIARSE POR CORREO DE LOS EE.UU. CON FIRMA POSTAL, NO MÁS TARDE DEL 6 DE MARZO DE 2023, A  
Phoenix Settlement Administration  
P.O. Box 7208  
Orange, CA 92863

SI DESEA RECIBIR DINERO DEL ACUERDO DE LA DEMANDA COLECTIVA, **NO** DEVUELVA ESTE FORMULARIO.