

**FORMA DE EXCLUSIÓN**

**Corte Superior del Estado de California, Condado de Orange**

*Flores-Ocampo v. Laguna Cookie Company, Inc. and D.F. Stauffer Biscuit Co., Inc.*,  
Corte Superior del Condado de Orange, Número de Caso 30-2020-01166599-CU-OE-CXC

*Si usted desea recibir un Pago Individual del Acuerdo, usted no debe llenar por completo esta forma; usted no está obligado a hacer nada en este momento. Esta forma sólo debe utilizarse si desea excluirse del Acuerdo.*

Si usted se excluye del Acuerdo: (1) no recibirá ningún pago ni beneficio conforme al Acuerdo, a menos de que sea un Miembro del Grupo de PAGA; (2) usted no podrá objetar al Acuerdo; (3) usted no estará obligado por el Acuerdo si es finalmente aprobado por la Corte; y (4) usted podrá presentar cualquier reclamo que se afirme en la Demanda que usted tenga en contra de los Demandados Laguna Cookie Company, Inc. y D.F. Stauffer Biscuit Co, Inc. (de aquí en adelante, los “Demandados”), o las Partes Exoneradas mediante la presentación de su propia demanda.

**Pare ser excluido del Acuerdo, llene por completo esta Forma de Exclusión y lo envíe por correo al Administrador del Acuerdo a la dirección que se indica a continuación a no más tardar el 20 de mayo del 2024.**

**Flores-Ocampo et. al. v. Laguna Cookie Company, Inc.  
c/o CPT Group, Inc.  
50 Corporate Park  
Irvine, CA 92606  
Fax: (949) 419-3446 / Tel.: 1-888-801-2199  
Correo Electrónico: LagunaCookieCompany@cptgroup.com  
Sitio Web: www.cptgroupcaseinfo.com/LagunaCookieCompany**

**Solicitud de Exclusión**

Por la presente certifico que soy o fui empleado por los Demandados como un empleado pagado por hora en California para algún período de tiempo durante el Período de la Clase del 22 de octubre del 2016 hasta el 8 de abril del 2023.

He recibido el Aviso del Acuerdo de la Demanda Colectiva y el Acuerdo de PAGA ("Aviso") en la Demanda, y solicito ser excluido del Acuerdo. Yo entiendo que al presentar esta Forma de Exclusión, yo no recibiré ningún dinero u otros beneficios conforme al Acuerdo, a menos de que yo sea un Miembro del Grupo de PAGA, y yo no estaré obligado por el Acuerdo, incluyendo la liberación de Reclamos Liberados, como se describe en el Aviso y en la Resolución del Acuerdo archivada con la Corte.

Por favor, escriba legiblemente:

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

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Firma del Miembro de la Clase (o el Representante Legal): \_\_\_\_\_

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

¿Preguntas? Contacte al Administrador del Acuerdo gratuitamente al 1-888-801-2199