

**FORMA DE EXCLUSIÓN DEL ACUERDO Y EXCLUSIÓN DEL
PAGO INDIVIDUAL DEL ACUERDO**

*Lorena Sibrian-Franco v. East Valley Community Health Center, Inc., et
al.*

**Corte Superior del Condado de Los Ángeles
Número de Caso 19STCV21220**

USTED SÓLO PUEDE PRESENTAR OPORTUNAMENTE ESTA SOLICITUD DE EXCLUSIÓN SI USTED NO DESEA SER INCLUIDO EN EL ACUERDO Y SI USTED NO DESEA RECIBIR UN PAGO INDIVIDUAL DEL ACUERDO.

INSTRUCCIONES:

Usted debe llenar por completo, firmar y enviar por correo oportunamente esta Solicitud de Exclusión si desea “excluirse” del Acuerdo y no desea recibir un Pago Individual del Acuerdo. Si decide continuar con la demanda, tendrá que encontrar nuevos abogados por su propia cuenta.

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Por favor, verifique y/o llene por completo cualquier información de identificación que falte:

NOMBRE Y NOMBRES ANTERIORES

(SI HAY ALGUNO)

LÍNEA DE DIRECCIÓN 1

LÍNEA DE DIRECCIÓN 2

ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS

DEL NÚMERO DE SEGURO

NÚMERO DE TELÉFONO

Si usted desea ser excluido del Acuerdo y no recibir un Pago Individual del Acuerdo, usted debe presentar oportunamente esta Solicitud de Exclusión a *Sibrian-Franco v. East Valley Community Health Center, Inc. c/o CPT Group, Inc., 50 Corporate Park, Irvine, Ca, 92606*, a no más tardar el 5 de abril del 2024.

Yo declaro que lo anterior es verdadero y correcto bajo pena de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos y el Estado de California.

Fecha _____ del 2024

Firma: _____