



VISITE EL SITIO WEB DEL ACUERDO AL
ESCANEAR EL CÓDIGO QR PROPORCIONADO

Zarkower v. City of New York, et al.

TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE NORTEAMÉRICA PARA EL
DISTRITO ESTE DE NUEVA YORK

Caso n.º 19 CV 3843 (ARR) (JRC)

**Debe tener fecha de franqueo postal,
a más tardar, del 8 de marzo de 2024**

FORMULARIO DE EXCLUSIÓN

I. INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE

Primer nombre										Inicial del segundo nombre		Apellido									
Dirección principal																					
Dirección principal Continuación																					
Ciudad												Estado				Código postal					
Provincia extranjera										Código postal extranjero						Nombre/abreviatura del país extranjero					



SOLO PARA PROCESAMIENTO DE RECLAMOS	OB	CB	<input type="radio"/> DOC <input type="radio"/> LC <input type="radio"/> REV	<input type="radio"/> RED <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B
---	----	----	--	---

II. VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Este NO es un Formulario de reclamo. Este formulario lo EXCLUYE de esta Demanda colectiva. NO utilice este formulario si deseara ser incluido en el Grupo de demandantes para la demanda mencionada con anterioridad.

Si NO deseara ser incluido en el Grupo de demandantes, complete este formulario en su totalidad y envíelo por correo postal o correo electrónico a:

Zarkower v. City of New York
Settlement Administrator
P.O. Box 301132
Los Angeles, CA 90030-1132
Correo electrónico: Info@DATsettlement.com

**ESTE DOCUMENTO DEBE ENVIARSE POR CORREO ELECTRÓNICO O TENER FRANQUEO
POSTAL A MÁS TARDAR EL:
8 DE MARZO DE 2024**

Si deseara excluirse de esta Demanda colectiva, complete el círculo a continuación, coloque su firma y fecha en este formulario y proporcione la información solicitada. Al completar el círculo y firmar a continuación, confirma que ha recibido, leído y comprendido el Aviso del acuerdo propuesto de demanda colectiva y Audiencia y que ha decidido excluirse del Grupo de demandantes. Comprende que NO recibirá dinero ni beneficios recibidos por el Grupo de demandantes en esta demanda colectiva si completase y firmase este formulario.

Al completar este círculo y firmar a continuación, afirmo que deseo ser excluido del Acuerdo de demanda colectiva descrito en el Aviso de demanda colectiva y NO deseo participar en ningún acuerdo de este caso.

Firma: _____ Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Nombre en letra de imprenta: _____

