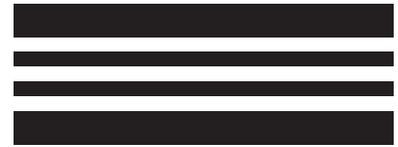


Garcia, et al. v. Macy's West Stores, Inc. and XPO Logistics, LLC
Settlement Administrator
P.O. Box 43208
Providence, RI 02940-3208



MWG

Ramon Garcia, et al. v.
Macy's West Stores, Inc., et al.
N.º de caso 2:14-cv-4440-WHO

**Debe llevar matasellos de no más
tarde del 21 de marzo de 2020**

Formulario de Reclamación

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Nombre

M.I.

Apellido

Dirección Primaria

Dirección Primaria (continuación)

Ciudad

Estado

Código Postal

Provincia extranjera

Código postal extranjera

Nombre de país extranjero / abreviación

EN EL TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS DISTRITO NORTE DE CALIFORNIA

Referente al caso de

*Ramon Garcia, individual, Victor Ramirez, individual, Adrian Valente, individual, Mario Pinon, individual,
y Mynor Cabrera, individual, en nombre de ellos mismos y de todos los demás en situación similar, Demandantes,
contra*

*Macy's West Stores, Inc., una corporación de Ohio, Joseph Eletto Transfer, Inc., una corporación de Nueva York,
XPO Logistics, LLC, una corporación de Ohio, y OTROS del 1 al 25, Demandados*

N.º de caso 2:14-cv-4440-WHO

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN VERIFICADO

SI USTED FUE CONDUCTOR O AYUDANTE Y DECIDE PRESENTAR ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN VERIFICADO POR LAS RAZONES QUE SE EXPLICAN MÁS ADELANTE Y EN EL AVISO ADJUNTO, RELLENE, FIRME Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO NO MÁS TARDE DEL **21 DE MARZO DE 2020, INCLUYENDO EL FORMULARIO SUSTITUTO W9 EN LA ÚLTIMA PÁGINA DE ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN.**

POR CORREO O FAX A:

Garcia, et al. v. Macy's West Stores, Inc. and XPO Logistics, LLC Settlement Administrator

P.O. Box 43208

Providence, RI 02940-3208

¿CUÁLES ES EL OBJETIVO DE ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN VERIFICADO?

Si ha prestado servicios como Conductor o Ayudante entregando productos y/o muebles de Macy's, que no firmó un Contrato de Servicio de Entrega con los Demandados, y entregó mercancía en la ubicación identificada como el centro de distribución de Logística y Operaciones de Macy's, ubicado en 1208 Whipple Road, Union City, California 94587, en algún momento entre el 28 de diciembre de 2014 y el 30 de octubre de 2019, y si ha decidido participar en el acuerdo que se describe en el "Aviso de Demanda Colectiva y Certificación de Clase a Efectos del Acuerdo" adjunto, puede presentar este formulario de reclamación verificado declarando, bajo pena de perjurio, el número de días que prestó servicios. Su pago del acuerdo se basará en el número que indique en este formulario de reclamación verificado, sujeto a unos posibles ajustes razonables necesariamente hechos después de la consulta entre el Administrador del Acuerdo y los abogados de los Demandados y de los Demandantes. Si fue Conductor o Ayudante y no envía un formulario de reclamación verificado, su pago del acuerdo se pagará del fondo restante del acuerdo que esté disponible para su distribución a Conductores y Ayudantes y su porción del acuerdo será la misma que la de todos los demás Conductores y Ayudantes que no enviaron un formulario de reclamación verificado.



FOR CLAIMS PROCESSING ONLY	OB <input type="checkbox"/>	CB <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> DOC <input type="radio"/> LC <input type="radio"/> REV	<input type="radio"/> RED <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B
----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--	---

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN VERIFICADO

PARA RECIBIR CUALQUIER FONDO DE ESTE ACUERDO, EL ADMINISTRADOR DEL ACUERDO DEBE RECIBIR SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL. USTED PUEDE UTILIZAR ESTE FORMULARIO PARA ENVIAR SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL. Si no está seguro de si el Administrador del Acuerdo ya tiene su número de identificación fiscal, ***SE LE RECOMIENDA ENCARECIDAMENTE QUE RELLENE ESTE FORMULARIO Y PROPORCIONE SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL.*** Tenga en cuenta que un Número de Seguro Social es un tipo de número de identificación fiscal, y si tiene un Número de Seguro Social, puede proporcionar este número como su número de identificación fiscal.

Además, si decide presentar este formulario, proporcione en el espacio más abajo el número de días que trabajó como Conductor o Ayudante en o desde la ubicación identificada como el centro de distribución de Logística y Operaciones de Macy's, 1208 Whipple Road, Union City, California 94587 desde el 28 de diciembre de 2014 al 30 de octubre de 2019. Puede que tenga que estimar el total de los días trabajados en función del número de semanas y/o meses que trabajó y el número aproximado de días que trabajó cada semana y/o mes. Sin embargo, si decide presentar este formulario, tiene que indicar el número de días lo más correcto posible y entienda que está proporcionando la declaración del total de días trabajados bajo pena de perjurio. Tenga en cuenta que este formulario de reclamación verificado solo aplica a su trabajo como Conductor o Ayudante durante el periodo indicado anteriormente y no afecta su trabajo anterior, si procede, con Joseph Eletto Transfer, Inc. o antes del 28 de diciembre de 2014.

DECLARACIÓN DE DÍAS TRABAJADOS DESDE EL 28 DE DICIEMBRE DE 2014 AL 30 DE OCTUBRE DE 2019.

En el espacio a continuación, proporcione el total de días que trabajó como Conductor y/o Ayudante entregando productos y/o muebles de Macy's/Bloomingtondale y asociados con XPO Logistics, LLC de la ubicación identificada como el centro de distribución de Logística y Operaciones de Macy's, 1208 Whipple Road, Union City, California 94587, desde el 28 de diciembre de 2014 al 30 de octubre de 2019.

Días trabajados como Conductor:

Días trabajados como Ayudante:

VERIFICACIÓN

Al firmar más abajo, declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que trabajé como Conductor y/o Ayudante entregando productos y/o muebles de Macy's, que no firmé un Contrato de Servicio de Entrega con los Demandados, y que me ofrecieron cargas de mercancías en la ubicación identificada como el centro de distribución de Logística y Operaciones de Macy's, 1208 Whipple Road, Union City, California 94587 desde el 28 de diciembre de 2014 al 30 de octubre de 2019 por el número aproximado de días que se indican anteriormente.

Ejecutado este día _____ de _____, _____ en _____, _____.
[Día] [Mes] [Año] [Ciudad] [Estado]

Firma: _____ Nombre impreso: _____

-
Código de área Número de teléfono

**FORMULARIO sustituto W-9
Certificación de Número de Identificación del Contribuyente**

Número de Seguro Social / Número de Identificación del Contribuyente: _____

Código de beneficiario exento _____ Código de Exención de FATCA (si procede) _____

Rellene el círculo adecuado para la clasificación de impuestos federales:

- Individual Corporación C Corporación S Sociedad Fideicomiso/patrimonio Otros _____
- Sociedad de responsabilidad limitada - elija clasificación fiscal Corporación C Corporación S Sociedad

Escriba su nombre en letras de molde tal como aparece en su declaración de renta de impuestos federal:

Nombre y apellidos para las personas físicas. Nombre de la entidad para empresas y fideicomisos.

Bajo pena de perjurio, certifico que:

1. El número que se indica en este formulario es mi número correcto de identificación fiscal; y
2. No estoy sujeto a retención retroactiva porque: (a) estoy exento de retención retroactiva, o (b) no he sido notificado por el Servicio de Rentas Internas (IRS) que estoy sujeto a retenciones retroactivas por no haber reportado todos los intereses o dividendos, o (c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a retención retroactiva; y
3. Soy ciudadano estadounidense u otra persona estadounidense (incluyendo a los extranjeros residentes en los EE.UU.); y
4. El código FATCA escrito en este formulario (si procede) que indica que estoy exento del informe FACTA es correcto.

Nota: Si el IRS le ha notificado que está sujeto a retención retroactiva, tiene que tachar el punto 2 anterior.

Firma de la persona estadounidense: _____ Fecha: _____

