

# ALLE PROCESSING CORP. FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

***DEBERA COMPLETAR ESTE FORMULARIO SI DESEA  
PARTICIPAR EN ESTE ACUERDO COMPENSATORIO***

## **INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE RECLAMACION**

1. Por favor lea el Aviso sobre el Propuesto Acuerdo Compensatorio (el “Aviso”), que acompaña el Formulario de Reclamación.
2. Deberá enviar por correo este Formulario de Reclamación con los Formularios W-4 y W-9 completados antes del **17 de abril del 2017** (la “Fecha Limite” para la Reclamación) a:

**ACUERDO COMPENSATORIO DE ALLE PROCESSING  
c/o Arden Claims Service, LLC**

**Dirección de Correo Postal: PO Box 1015, Port Washington, NY 11050**

**Dirección de Correo Electrónico: info@ardenclaims.com**

**Numero de Fax: 516-944-1771**

**Numero de Teléfono Gratuito: 877-623-2703**

3. Deberá enviar por correo postal, correo electrónico o por fax un **Formulario de Reclamación completado con formularios de impuesto IRS W-4 y W-9** antes del **17 de abril del 2017**, si no es posible que se le prohíba participar en este acuerdo compensatorio. Deberá incluir un Número de Seguro Social o un Número de Identificación para Impuestos (TIN) *auténtico* en los formularios de impuestos IRS W-9 y W-4. Si no tiene un Número de Seguro Social o Número de Identificación para Impuestos *legítimo*, por favor siga las instrucciones a continuación en No. 4 a posteriori. Aunque actualmente no tenga un Número de Seguro Social o un Número de Identificación para Impuestos *auténtico*, de igual manera debe presentar una Reclamación completada antes del **17 de abril del 2017** si desea participar en este acuerdo compensatorio.
4. Puede participar en este acuerdo compensatorio, aunque fuese indocumentado en algún momento entre el 3 de diciembre 2002 y el día de hoy, pero tendrá que presentar un Numero de Identificación para Impuestos (TIN) o un Numero de Seguro Social (SSN) legítimo a no más tardar del **6 de marzo del 2018, si desea obtener su pago según el acuerdo compensatorio.**

**IDENTIFICACION DEL DEMANDANTE**

**ESTE FORMULARIO DE RECLAMACION DEBE SER ENVIADO POR  
CORREO ELECTRONICO, FAX, O CORREO POSTAL CON SELLO  
POSTAL ANTES DEL  
17 DE ABRIL DEL 2017**

**INFORMACION DEL DEMANDANTE**

\_\_\_\_\_  
*(Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)*

\_\_\_\_\_  
*(Dirección)*

\_\_\_\_\_  
*(Número de Teléfono)*

\_\_\_\_\_  
*(Ciudad)*

\_\_\_\_\_  
*(Estado)*

\_\_\_\_\_  
*(Código Postal)*

**LA FIRMA DE VIRGINIA & AMBINDER, LLP LO REPRESENTA EN ESTA DEMANDA. SI  
USTED DESEA SER REPRESENTADO POR SU PROPIO ABOGADO EN VEZ, PUEDE  
CONTRATAR SU PROPIO ABOGADO A SU PROPIO COSTO.**

**SI TIENE CUALQUIER PREGUNTA POR FAVOR LLAME A VIRGINIA & AMBINDER AL  
(212) 943-9080.**

**TODA CONVERSACION Y COMUNICACION CON VIRGINIA & AMBINDER, LLP SERA  
CONFIDENCIAL Y PRIVADA.**

**SI SU DIRECCION O INFORMACION PARA CONTACTARLO CAMBIA, DEBERA  
INFORMAR A LOS ABOGADOS DE LA CLASE, VIRGINIA & AMBINDER. SI NO LO HACE  
ES POSIBLE ESTO LE IMPIDA RECIBIR DINERO DE ESTE ACUERDO  
COMPENSATORIO.**