

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.**