

Sanchez v. Fellowship Warehousing and Logistics, LLC
Caso Número CVRI2104191 de la Corte Superior del Condado de Riverside

FORMA DE EXCLUSIÓN

Si usted no desea ser parte del Acuerdo, usted debe presentar esta solicitud escrita por correo, fax, o correo electrónico para ser excluido del Acuerdo (“Solicitud de Exclusión”) al Administrador del Acuerdo en el Acuerdo de *Sanchez v. Fellowship Warehousing and Logistics, LLC*, con el sello postal o de fax en o antes del **22 de julio del 2025** en:

Sanchez v. Fellowship Warehousing and Logistics, LLC
c/o CPT Group, Inc.
50 Corporate Park Irvine, CA 92606
Fax: 1-949-419-3446
Número de Teléfono Gratuito: 1-888-544-5018
Correo Electrónico: fellowshipwarehousingsettlement@cptgroup.com

Si no presenta una Solicitud para ser Excluido o una Forma de Exclusión oportuna y válida, se considerará un Miembro de la Clase del Acuerdo, recibirá un pago del acuerdo y estará obligado por los Reclamos Liberados y liberará los Reclamos Liberados como se describe en el Aviso y todos los demás términos del Acuerdo, ya sean favorables o no.

Si usted presenta esta Forma de Exclusión, usted conservará el derecho de presentar un reclamo individual, y no tendrá derecho a ningún beneficio como resultado de la Demanda Colectiva y el Acuerdo de PAGA y no tendrá derecho ni se le permitirá presentar una objeción al Acuerdo. Tenga en cuenta que incluso si se excluye de la Liberación de la Clase, seguirá siendo un Empleado de PAGA (si trabajó para el Demandado como un Miembro de la Clase entre el 15 de septiembre del 2020 hasta el 7 de abril del 2023) y recibirá un Pago Individual del Acuerdo de PAGA.

Al presentar esta forma, usted está declarando: “Deseo excluirme del acuerdo alcanzado en el asunto de Sanchez v. Fellowship Warehousing and Logistics, LLC. Entiendo las consecuencias de excluirme y entiendo que no recibiré un Pago del Acuerdo pero tendré la opción de continuar con una demanda legal en contra del Demandado.”

Para que sea válida, usted debe proporcionar la siguiente información y firmar a continuación:

Nombre Completo: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro social o el ID del Empleado: _____

Su Firma: _____