

REQUEST TO BE EXCLUDED FROM CLASS ACTION SETTLEMENT

SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA, COUNTY OF SAN BERNARDINO

Elizabeth Partida v. Stater Bros. Markets

Case No. CIVDS1828290

CPT ID: «ID»
«EmployeeName»
«Address1» «Address2»
«City», «State» «Zip»

Please provide current address (if different) here:

INSTRUCTIONS

IF YOU DO NOT WISH TO RECEIVE MONEY FROM THE SETTLEMENT DESCRIBED IN THE ACCOMPANYING NOTICE, PLEASE COMPLETE THIS FORM.

You have a right to exclude yourself (“opt out”) from the Settlement Class, but if you choose to do so, you will not receive any payment from the proposed settlement. You will **not** be bound by a judgment in this case. You will retain your own rights.

If you choose to exclude yourself, you must complete this form and send the signed form no later than May 29, 2020 to Partida v. Stater Bros. Markets, c/o CPT Group, Inc., 50 Corporate Park, Irvine, CA 92606.

1) NAME: _____

2) ADDRESS: _____

3) TELEPHONE NUMBER: _____

4) LAST FOUR OF YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER: _____

I HEREBY CONFIRM THAT I WANT TO BE EXCLUDED FROM THE SETTLEMENT.

5) DATE: _____

6) SIGNATURE: _____

SOLICITUD PARA SER EXCLUIDO DEL ACUERDO DE DEMANDA COLECTIVA

CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE SAN BERNARDINO

Elizabeth Partida v. Stater Bros. Markets

Número de Caso CIVDS1828290

CPT ID: «ID»
«EmployeeName»
«Address1» «Address2»
«City», «State» «Zip»

Por favor proporcione su dirección actual (si es diferente) aquí:

INSTRUCCIONES

SI USTED NO DESEA RECIBIR DINERO DEL ACUERDO DESCRITO EN EL AVISO ADJUNTO, POR FAVOR LLENE ESTA FORMA.

Usted tiene derecho a excluirse (“optar por salir”) de la Clase del Acuerdo, pero si usted desea hacerlo, usted no recibirá ningún pago del acuerdo propuesto. Usted no estará obligado por una sentencia en este caso. Usted retendrá sus derechos legales.

Si usted desea excluirse, usted debe llenar esta forma y enviar la forma firmada a no más tardar el 29 de mayo del 2020 a Partida v. Stater Bros. Markets, c/o CPT Group, Inc., 50 Corporate Park, Irvine, CA 92606.

1) NOMBRE: _____

2) DIRECCIÓN: _____

3) NÚMERO DE TELÉFONO: _____

4) ÚLTIMOS CUATRO DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

POR LA PRESENTE CONFIRMO QUE DESEO SER EXCLUIDO DEL ACUERDO.

5) FECHA: _____

6) FIRMA: _____