

*RODRIGUEZ v. CITY OF LOS ANGELES ACUERDO*  
*SÉPTIMO FORMULARIO DE RECLAMACIÓN MODIFICADO*

**SEPTIMO FORMULARIO DE RECLAMO MODIFICADO – INSTRUCCIONES**

Si confirma que usted es una persona afectada por el acuerdo de *Rodriguez* (o designado “miembro de la clase”), usted tiene derecho a TODOS los siguientes beneficios:

- Participación en el Programa de Trabajos y Educación
- Servicios gratuitos para la eliminación de tatuajes

\*\* El acuerdo original disponía que los miembros de la clase solicitaran la remoción de los mandatos judiciales contra pandillas. Tenga en cuenta que los miembros de la clase no tienen que presentar una petición a la ciudad porque la ciudad ya ha informado a todos los miembros de la clase que la ciudad ya no hará cumplir las órdenes judiciales de pandillas en su contra.

**INSTRUCCIONES PARA RECLAMAR SUS BENEFICIOS:**

1. **Llene la Parte 1, la sección titulada “Información Del Miembro de la Clase,” para verificar que es un miembro de la clase.** Cualquier información que elija proporcionar se utilizará SOLAMENTE para verificar que es un miembro de la clase y para contactarlo con respeto a los beneficios del acuerdo. La información proporcionada, se mantendrá confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito.
2. **Llene la Parte 2, la sección titulada “Solicitud de Beneficios” para elegir los beneficios deseados.**
3. **Llene la Parte 3, la sección titulada “Solicitud Para Transferir Mis Beneficios Bajo el Programa de Trabajos y Educación a un Miembro de su Familia” solamente si usted quiere transferir sus beneficios a un miembro de su familia.**

Si el miembro de la clase ha fallecido, los beneficios bajo el Programa de Trabajos y Educación pueden ser transferidos a un heredero completando **la Parte 4, la "Solicitud para transferir el beneficio del Programa de Empleo y Educación al heredero de un miembro del grupo fallecido"**.

4. **Envíe este formulario en el sobre adjunto o envíelo por correo al administrador del acuerdo a la siguiente dirección:**

**Rodriguez v. City of Los Angeles Claims**  
**c/o CAC Services Group, LLC**  
**6420 Flying Cloud Dr., Ste. 101**  
**Eden Prairie, MN 55344**

También puede enviar formularios por correo electrónico a [info@cacsg.com](mailto:info@cacsg.com)

El 1 de mayo de 2024, el Tribunal prorrogó la Fecha Límite de Presentación de Reclamaciones de este programa de Conciliación (anteriormente el 27 de marzo de 2024) hasta la fecha en que el Tribunal emita una orden final resolviendo las disputas planteadas en la Moción de los Demandantes para Hacer Cumplir el Acuerdo de Conciliación. La moción de los demandantes alega problemas con la administración del programa de conciliación. El Tribunal ha ordenado el nombramiento de un examinador forense para auditar los registros de gastos administrativos de la

*RODRIGUEZ v. CITY OF LOS ANGELES ACUERDO  
SÉPTIMO FORMULARIO DE RECLAMACIÓN MODIFICADO*

Ciudad y sus contratistas y todos los registros relacionados con retrasos en el procesamiento y reembolso. El Tribunal también ha ordenado que un Auxiliar Judicial supervise el proceso de auditoría y, una vez finalizada la auditoría, ayude a las partes a llegar a un acuerdo sobre los remedios apropiados o recomiende medidas correctivas al Tribunal.

***Preguntas? Necesita ayuda con este formulario?***

***Envíe un correo electrónico a los abogados de los miembros del grupo en [gancase@publiccounsel.org](mailto:gancase@publiccounsel.org) o visite [www.gancase.com](http://www.gancase.com) para obtener más información y las actualizaciones más recientes***

RODRIGUEZ v. CITY OF LOS ANGELES ACUERDO  
SÉPTIMO FORMULARIO DE RECLAMACIÓN MODIFICADO

**PARTE 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DE LA CLASE:**

[NOMBRE] \_\_\_\_\_

[DIRECCIÓN] \_\_\_\_\_

[CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL] \_\_\_\_\_

Número de teléfono(s) (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (Casa) (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (Otro)

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Otros nombres o apodos que he utilizado o que LAPD me ha asignado o pueda conocerme por:

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN #: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Cal ID/CII/otros identificadores: \_\_\_\_\_

**PARTE 2: SOLICITUD DE BENEFICIOS (indique toda opción seleccionada)**

\_\_ TRABAJOS Y EDUCACIÓN: Me gustaría obtener los beneficios del Programa de Trabajos y Educación.

- Me gustaría participar en el Programa de Trabajos y Educación. Un representante del programa me puede contactar.
- Me gustaría transferir los beneficios que me corresponden bajo el Programa de Trabajos y Educación al siguiente miembro de mi familia \_\_\_\_\_ (si elige esta opción, favor de llenar la Parte 3 en la siguiente página titulada “SOLICITUD PARA TRANSFERIR MIS BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA DE TRABAJOS Y EDUCACIÓN A UN MIEMBRO DE FAMILIA” si elige esta opción).
- Actualmente estoy en la cárcel o prisión y me gustaría obtener más información sobre el tipo de beneficios que puedo recibir mientras estoy bajo custodia.

\_\_ ELIMINACIÓN DE TATUAJES: Estoy interesado/a en recibir servicios para la eliminación de tatuajes y doy permiso para que un representante del programa se ponga en contacto conmigo.

**Yo declaro bajo pena de perjurio que soy sujeto a una o más de las restricciones contra pandillas que fueron nombradas en esta demanda y que la información declarada en este formulario es correcta y la verdad.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nota: Si cambia de domicilio, envíe su nueva dirección al administrador CAC Services Group, LLC o llame al (310) 997-0380. Usted es responsable de informar al administrador de cualquier cambio a su dirección.

RODRIGUEZ v. CITY OF LOS ANGELES ACUERDO  
SÉPTIMO FORMULARIO DE RECLAMACIÓN MODIFICADO

**PARTE 3: SOLICITUD PARA TRANSFERIR MIS BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA DE TRABAJOS Y EDUCACIÓN A UN MIEMBRO DE FAMILIA**

***\*\*Por favor complete esta sección SOLAMENTE si desea transferir el beneficio del Programa de Empleo y Educación a un miembro de familia.\*\****

Yo, \_\_\_\_\_

solicito que el beneficio del Programa de Trabajos y Educación al que tengo derecho como miembro de la clase sea transferido a el miembro de mi familia (padre, hijo, hermano o hermana, cónyuge, primo, tía, tío, sobrino, o sobrina) nombrado abajo.

Entiendo que al transferir el beneficio, pierdo mi derecho a participar personalmente en el Programa de Trabajos y Educación.

Entiendo que si transfiero los beneficios del Programa de Trabajos y Educación a un miembro de mi familia inmediata (padre, madre, hijo/a, hermano/a o cónyuge), el/ella tendrá derecho a los mismos beneficios que me corresponden pero si transfiero los beneficios a un pariente más lejano (primo, tía, tío, sobrino o sobrina), ellos podrán calificar para los beneficios sólo si los fondos anuales del programa (\$1.125 millón) no se han terminado. Si tengo alguna pregunta, sé que puedo llamar al (310) 997-0380 para hablar con un abogado para los miembros de la clase.

Entiendo que, si transfiero mi beneficio del programa de Trabajos y Educación a un familiar, Yo todavía podre recibir mis beneficios de Eliminación de Tatuajes.

Entiendo que los beneficios para la eliminación de tatuajes no pueden ser transferidos a un miembro de familia. Puedo transferir solamente los beneficios del Programa de Trabajos y Educación.

Declaro bajo pena de perjurio que el beneficiario nombrado abajo es miembro de mi familia inmediata (padre, hijo, hermano o hermana, el cónyuge) o es (primo, tía, tío, sobrino, o sobrina), y que la información explicando como soy pariente del beneficiario es correcta y la verdad.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_ Relación con el reclamante: \_\_\_\_\_

Dirección del beneficiario: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del beneficiario:(\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**PARTE 4: SOLICITUD PARA TRANSFERIR MIS BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA DE TRABAJOS Y EDUCACIÓN A UN HEREDERO DE UN MIEMBRO DE LA CLASE QUE HA FALLECIDO**

Yo, \_\_\_\_\_, aquí declaro lo siguiente:

(1) \_\_\_\_\_, (nombre del difunto), falleció el \_\_\_\_\_ (fecha) en \_\_\_\_\_ (localidad).

(2) Han transcurrido al menos 40 días desde el fallecimiento del individuo, como se muestra en una copia certificada de la acta de difución del individuo adjunto a esta declaración jurada o declaración.

(3) O (marque la caja correspondiente):

Actualmente no se está llevando a cabo ningún procedimiento en California para la administración del patrimonio del difunto.

El representante personal del difunto ha consentido por escrito en transferirme la propiedad descrita en esta declaración.

(4) El valor justo de mercado bruto actual de los bienes inmuebles e personales del difunto en California, excluyendo los bienes descritos en la Sección 13050 del Código Testamentario de California, no excede los ciento cincuenta mil dólares (\$150,000).

(5) \_\_\_\_\_ (difunto) ha sido verificado como un miembro de la clase impactado por el acuerdo de Rodriguez y tiene derecho a participar en el Programa de Trabajos y Educación.

(6) Yo, \_\_\_\_\_, soy el sucesor del difunto (como definido en la Sección 13006 del Código Testamentario de California) al interés del difunto en los beneficios del Programa de Trabajos y Educación. Mi relación con el difunto es \_\_\_\_\_.  
(cónyuge, hijo, padre, hermano)..

(7) Ninguna otra persona tiene un derecho superior al interés del difunto en los beneficios del Programa de Trabajos y Educación.

(8) Yo solicito que me transfieran los beneficios del Programa de Trabajos y Educación.

(9) Yo afirmo o declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firmado: \_\_\_\_\_

Dirección del beneficiario: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_