

**FORMULARIO DE DISPUTA DE PERIODOS DE SEMANAS DE TRABAJO/PERIODOS DE PAGO**

*Wilson v. American First Credit Union*

**Corte Superior del Estado de California para el Condado de Orange**

**Caso No. 30-2024-01391465-CU-OE-CXC**

**Si desea disputar el número de Semanas de Trabajo o Periodos de Pago acreditados a usted en el Aviso de Acuerdo de Demanda Colectiva (el “Aviso”),** usted puede llenar este formulario y enviarlo por correo, fax o correo electrónico al Administrador del Acuerdo o presentar una carta tal como se describe en el Aviso, en o antes del 26 de mayo del 2026 a la siguiente dirección:

ILYM Group, Inc.

P.O. Box 2031

Tustin, CA 92781

Teléfono: (888) 250-6810

Fax: (888) 845-6185

Correo Electrónico: [claims@ilymgroup.com](mailto:claims@ilymgroup.com)

Si cree que el número de Semanas de Trabajo o Periodos de Pago acreditados a usted en este Aviso es incorrecto, llene la sección a continuación y adjunte cualquier documentación que usted tenga que respalde su disputa.

|                                                                                                                                                                                               |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| El número de Semanas de Trabajo que usted cree que deben ser acreditados a usted para el periodo desde el 3 de Abril del 2020 hasta el 11 de Mayo del 2025 (es decir, el Periodo del Grupo):  | _____ |
| El número de Periodos de Pago que usted cree que deben ser acreditados a usted para el periodo desde el 3 de Abril del 2023 hasta el 11 de Mayo del 2025 (es decir, el Periodo bajo la PAGA): | _____ |

Información que Respalda el Número de Semanas de Trabajo / Periodos de Pago que Usted Contiene que son Correctos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Para asegurar que este formulario sea procesado apropiadamente en su nombre y para evitar alguna confusión en el caso de que múltiples individuos que presenten este formulario tengan el mismo nombre o sea similar, por favor brinde los últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social al administrador para que su identidad puede ser confirmada:

\_\_\_\_\_

**Si usted no desea disputar el número de Semanas de Trabajo o Periodos de Pago acreditados a usted, usted no debe devolver este formulario – usted no necesita tomar alguna acción.**