

FORMULARIO DE DISPUTA

JOSE LUIS DE JESUS JIMENEZ V. GRACE STAFFING LLC, ET AL.

Corte Superior del Estado de California, Condado de Los Angeles
Caso No. 23STCV10897

COMO SE EXPLICA MÁS DETALLADAMENTE EN LA “NOTIFICACIÓN DE ACUERDO PROPUESTO” (LA “NOTIFICACIÓN”) QUE VINO CON ESTE FORMULARIO, USTED TIENE LAS SIGUIENTES OPCIONES COMO PARTE DEL ACUERDO:

SUS OPCIONES EN ESTE ACUERDO:	
HACER NADA	Usted va a seguir siendo un miembro de la demanda colectiva, va a recibir un pago del acuerdo y va a estar sujeto/a a los términos del Acuerdo de Solución (incluyendo la liberación de las reclamaciones).
OPONERSE	Si usted lo desea, puede oponerse a este Acuerdo. La Corte puede estar de acuerdo o no con su objeción. Oponerse al Acuerdo no va a excluirle del Acuerdo, y si la Corte concede la aprobación final del Acuerdo, usted va a recibir un pago del Acuerdo y va a estar sujeto/a a los términos del Acuerdo de Solución.
EXCLUIRSE A USTED MISMO/A	Esta es la única opción que le permite excluirse de la parte de la demanda colectiva del Acuerdo, incluyendo su liberación de las reclamaciones. Si usted se excluye, no va a recibir un pago del acuerdo de la demanda colectiva como parte del Acuerdo y no va a estar sujeto/a a los términos del acuerdo de la demanda colectiva como resultado. Sin embargo, usted va a estar sujeto/a a los términos de cualquier acuerdo de reclamación de la PAGA aprobado por la Corte.
PRESENTAR UNA DISPUTA DE SEMANAS DE TRABAJO O PERÍODOS DE PAGO	Su disputa y la documentación relacionada se van a revisar y se tomará una decisión con respecto a sus semanas de trabajo o períodos de pago aplicables en base a la información disponible. Usted va a recibir un pago de este Acuerdo y va a estar sujeto/a a los términos del Acuerdo de Solución.

ENVÍE ESTE FORMULARIO SOLO SI QUIERE DISPUTAR EL NÚMERO DE SEMANAS DE TRABAJO O PERÍODOS DE PAGO APLICABLES QUE SE LE ACREDITAN EN SU NOTIFICACIÓN:

Si usted desea presentar una disputa, deben llenar y enviar este Formulario de Disputa por correo al Administrador de Reclamaciones del Acuerdo de Grace Staffing a ILYM Group, Inc. P.O. Box 2031, Tustin, CA 92781 el o antes del 8 de junio de 2026. Si la Notificación ha sido reenviada, entonces usted va a recibir 14 días adicionales después de esta fecha límite de respuesta para presentar este Formulario de Disputa. Usted debe proporcionar cualquier documento o información disponible que respalde o sustente su disputa.

Si se presenta una disputa, las Partes Demandadas van a revisar sus registros pertinentes para verificar la información de semanas de trabajo y/o períodos de pago contenida en su expediente de empleado. Los registros de las Partes Demandadas van a tener una presunción refutable de exactitud. Tras la revisión de su disputa y previa consulta con las partes pertinentes si fuera necesario, el Administrador del Acuerdo va a tomar una determinación final y vinculante sin audiencia ni derecho a apelación (a menos que la Corte dictamine lo contrario) y va a comunicar la determinación del Administrador del Acuerdo a usted, a los Abogados de la Demanda Colectiva y a los Abogados de las Partes Demandadas. Los formularios de disputa presentados tarde o incompletos van a ser inválidos y no se van a considerar, a menos que la Corte apruebe la consideración de dicho formulario de disputa tardío o incompleto.

Marque las casillas que correspondan y complete la información del formulario de disputa a continuación:

Disputa de Semanas de Trabajo: Yo quiero disputar el número de Semanas de Trabajo aplicables que se me acredita en mi Notificación de Acuerdo Propuesto. Trabajé el siguiente número de Semanas de Trabajo entre el 15 de mayo de 2019 y el 22 de junio de 2025 (es decir, el Período de la Demanda Colectiva): _____. (Asegúrese de incluir cualquier documentación/información de respaldo).

Disputa de Períodos de Pago: Yo quiero disputar el número de Períodos de Pago aplicables que se me acredita en mi Notificación de Acuerdo Propuesto. Trabajé el siguiente número de Períodos de Pago entre el 11 de junio de 2022 y el 22 de

junio de 2025 (es decir, el Período de la PAGA): _____. (Asegúrese de incluir cualquier documentación/información de respaldo).

Fecha: _____

(Firma)

(Nombre en Letras Legibles o Impreso)

(Dirección)

(Ciudad, Estado, Código Postal)

(Número de Teléfono, Incluyendo el Código de Área)

XXX - XX - _____
(Número del Seguro Social – solo los últimos 4 dígitos)