DISPUTE FORM

***Amalia Rodriguez v. Covidien LP, et al.*, Superior Court of the State of California, County of Orange, Case No. 30-2024-01394865-CU-OE-CXC**

Indicate Name/Address Changes, if any: _____

<<MERGED_Name>>
<<MERGED_Address>>

I. YOUR COMPENSABLE WORKWEEKS AND PAGA PAY PERIODS

If you were employed by Defendant Covidien LP in California and classified as a non-exempt employee during the Class Period (September 16, 2021, through November 11, 2025), then you may be a Class Member. The amount of your estimated Individual Class Payment is based upon the Workweeks your worked as a non-exempt employee in California during the Class Period based on Defendant's company records, as set forth below and in the Class Notice you received. Your total number of Workweeks during the Class Period are: **121.**

Defendant's records show that during the PAGA Period (May 27, 2023 through November 11, 2025), you were employed by Defendant in California as a non-exempt employee who worked for and was paid by Defendant. The amount of your estimated Individual PAGA Payment is based upon the PAGA Pay Periods you worked during the PAGA Period based on Defendant's records, as set forth below and in the Class Notice you received. "PAGA Pay Period" means any Pay Period during which an Aggrieved Employee worked for Defendant for at least one day during the PAGA Period. Your total number of PAGA Pay Periods worked during the PAGA Period are: **22.**

II. YOUR ESTIMATED INDIVIDUAL CLASS PAYMENT AND INDIVIDUAL PAGA PAYMENT

Based upon the above numbers of Workweeks listed above, your estimated pre-tax Individual Class Payment is: **$908.32.**

Based upon the numbers of PAGA Pay Periods listed above, your estimated Individual PAGA Payment is: **$14.31.**

III. CHALLENGE TO NUMBER OF WORKWEEKS / PAGA PAY PERIODS WORKED

If you wish to dispute the number of Workweeks and/or PAGA Pay Periods worked listed above, you must complete and postmark this Dispute Form, and provide all supporting information and/or documentation, to the Administrator by January 25, 2027.***Check the box below ONLY if you wish to dispute the information listed above:***

☐ I wish to dispute the number of Workweeks listed above. I believe the correct amount of my Workweeks during the Class Period is _____ and/or I believe the correct amount of PAGA Pay Period I worked during the PAGA Period is _____. Please include any information and/or documentary evidence that support this dispute.

Dated: _____ Signature: _____

Print or Type Name: _____

THIS DISPUTE FORM MUST BE SIGNED, DATED, AND EMAILED, FAXED OR MAILED BY FIRST CLASS U.S. MAIL, NO LATER THAN JANUARY 25, 2027, TO:
***Amalia Rodriguez v. Covidien LP, et al.* Administrator**
c/o ILYM Group, Inc., address, P.O. Box 2031, Tustin, CA 92781; Fax: (888) 845-6185; Email: info@ilymgroup.com

FORMULARIO DE DISPUTA

ILYM ID:
PC

Amalia Rodriguez v. Covidien LP, y otros, **Corte Superior del Estado de California, Condado de Orange, Caso No. 30-2024-01394865-CU-OE-CXC**

Indique Cambios de Nombre/Dirección, de haber alguno:

<<MERGED_Name>>
<<MERGED_Address>>

I. SUS SEMANAS DE TRABAJO Y PERIODOS DE PAGO BAJO LA PAGA COMPENSABLES

Si usted estuvo empleado por el Demandado, Covidien LP, en California y clasificado como un empleado no exento en cualquier momento durante el Periodo del Grupo (desde 16 de septiembre de 2021 hasta el 11 de noviembre de 2025), entonces usted puede ser un Miembro del Grupo. El monto estimado de su Pago Individual del Grupo está basado en las Semanas de Trabajo que usted trabajó como un empleado no exento en California durante el Periodo del Grupo en base a los registros de la compañía del Demandado, tal como se establecen a continuación en el Aviso Colectivo que usted recibió. Su número total de Semans de Trabajo durante el Periodo del Grupo son: **121.**

Los registros del Demandado muestran que durante el Periodo bajo la PAGA (desde el 27 de mayo de 2023 hasta el 11 de noviembre de 2025), usted estuvo empleado por el Demandado en California como un empleado no exento quien trabajó para y fue pagado por el Demandado. El monto de su Pago Individual bajo la PAGA estimado está basado en los Periodos de Pago bajo la PAGA que usted trabajó durante el Periodo bajo la PAGA en base a los registros del Demandado, tal como se establecen a continuación en el Aviso Colectivo que usted recibió. "Periodo de Pago bajo la PAGA" significa cualquier Periodo de Pago durante el cual un Empleado Agraviado trabajó para el Demandado por al menos un día durante el Periodo bajo la PAGA. Su número total de Periodos de Pago bajo la PAGA trabajados durante el Periodo bajo la PAGA son: **22.**

II. SU PAGO INDIVIDUAL DEL GRUPO Y PAGO INDIVIDUAL BAJO LA PAGA ESTIMADOS

Basándose en el número de Semanas de Trabajo enumerado previamente, su Pago Individual del Grupo estimado antes de impuestos es de: **$908.32**
Basándose en el número de Periodos de Pago enumerado previamente, su Pago Individual bajo la PAGA estimado es de: **$14.31.**

III. IMPUGNACIÓN AL NÚMERO DE SEMANAS DE TRABAJO / PERIODOS DE PAGO BAJO LA PAGA TRABAJADOS

Si usted desea disputar el número de Semanas de Trabajo y/o Periodos de Pago bajo la PAGA trabajados enumerados anteriormente, usted debe completar y post sellar este Formulario de Disputa, y brindar toda la información y/o documentación de soporte al Administrador para el January 25, 2027. ***Marque esta casilla ÚNICAMENTE si usted desea disputar la información enumerada anteriormente:***

☐ Yo deseo disputar el número de Semanas de Trabajo enumerados anteriormente. Yo creo que la cantidad correcta de Semanas de Trabajo durante el Periodo del Grupo es _____ y/o yo creo que la cantidad correcta de mis Periodos de Pago bajo la PAGA durante el Periodo bajo la PAGA es de _____. Por favor incluya cualquier información y/o evidencia documental que respalde esta disputa.

Con Fecha: _____ Firma: _____

Nombre en Letras de Molde o Impresas: _____

ESTE FORMULARIO DE DISPUTA DEBE SER FIRMADO, FECHADO Y ENVIADO POR MEDIO DE CORREO DE PRIMERA CLASE DE LOS ESTADOS UNIDOS A NO MÁS TARDAR JANUARY 25, 2027. A:
Administrador de *Amalia Rodriguez v. Covidien LP, y otros*
c/o ILYM Group, Inc. dirección, P.O. Box 2031, Tustin, CA 92781 Fax: (888) 845-6185; Correo Electrónico: info@ilymgroup.com

ILYM ID:
PC

REQUEST FOR EXCLUSION FORM

***Amalia Rodriguez v. Covidien LP, et al.,* Superior Court of the State of California, County of Orange, Case No. 30-2024-01394865-CU-OE-CXC**

I confirm that I have received the Court Approved Notice of Class Action Settlement and Hearing Date for Final Court Approval, which describes my rights and the options I may take in response to the parties' proposed Settlement in the above-referenced lawsuit.

By signing and returning this Request for Exclusion Form, I confirm that I wish to be removed from the proposed Class, that I do not want to participate as a Class Member, and that I do not want to be included in the proposed Class Settlement.

I understand and acknowledge that, by signing and submitting this form: (1) I will not receive any money from the proposed Settlement except my portion, if any, of the civil penalties that is allocated in settlement of the California Labor Code Private Attorney General Act of 2004 claim alleged by Plaintiff; (2) I will not be bound by the class portion of the proposed Settlement and will only be bound by the release of the Released PAGA Claims; and (3) I will not have any right to object to the proposed Settlement.

THE EXCLUSION FORM MUST BE SIGNED, DATED, AND EMAILED, FAXED OR MAILED BY FIRST CLASS U.S. MAIL, NO LATER THAN JANURARY 25, 2027, TO: AMALIA RODRIGUEZ V. COVIDIEN LP, ET AL. ADMINISTRATOR, C/O ILYM GROUP, INC., P.O. Box 2031, Tustin, CA 92781; Fax: (888) 845-6185; Email: info@ilymgroup.com

---

Name: _____

Address: _____

Telephone Number: _____

_____ _____

(Sign your name here) Date

ILYM ID:
PC

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EXCLUSIÓN

***Amalia Rodriguez v. Covidien LP, y otros,* Corte Superior del Estado de California, Condado de Orange, Caso No. 30-2024-01394865-CU-OE-CXC**

Yo confirmo que he recibido el Aviso Aprobado por la Corte del Acuerdo de Conciliación de Demanda Colectiva y Fecha de Audiencia para Aprobación Final de la Corte, el cual describe mis derechos y opciones que yo pueda tomar en respuesta al Acuerdo propuesto de las partes en la demanda a la que se hace referencia.

Al firmar y devolver este Formulario de Solicitud para Exclusión, yo confirmo que deseo ser removido del Grupo propuesto, que yo no quiero participar como Miembro del Grupo y que no quiero ser incluido en el Acuerdo Colectivo.

Yo entiendo y reconozco que, al firmar y presentar este formulario: (1) Yo no recibiré ningún dinero del Acuerdo propuesto excepto por mi porción, de haber alguna, de las penalidades civiles distribuido en la liquidación del reclamo bajo la Ley General de Abogados Privados del 2004 del Código de Trabajo de California alegado por la Demandante; (2) Yo no estaré sujeto por la porción colectiva del Acuerdo propuesto y solo estaré sujeto por la exoneración de los Reclamos Exonerados bajo la PAGA; y (3) Yo no tendré ningún derecho para objetar al Acuerdo propuesto.

ESTE FORMULARIO DE EXCLUSIÓN DEBE ESTAR FIRMADO, FECHARSE Y ENVIADO POR CORREO ELECTRÓNICO, FAX O POR CORREO POSTAL POR MEDIO DE CORREO DE PRIMERA CLASE DE LOS ESTADOS UNIDOS A NO MÁS TARDAR EL 25 DE ENERO DEL 2027 AL: ADMINISTRADOR DE AMALIA RODRIGUEZ V. COVIDIEN LP, Y OTROS, C/O ILYM GROUP, INC., dirección, P.O. Box 2031, Tustin, CA 92781 Fax: (888) 845-6185; Correo Electrónico: info@ilymgroup.com

---

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

_____ _____

(Firme su nombre aquí) Fecha

SUPERIOR COURT OF THE STATE OF CALIFORNIA

COUNTY OF ORANGE

AMALIA RODRIGUEZ, an individual, on behalf of herself and on behalf of all persons similarly situated, Plaintiffs, v. COVIDIEN LP, a Limited Partnership; MEDTRONIC, INC., a Corporation; MEDTRONIC USA, INC., a Corporation; and DOES 1 through 50, inclusive, Defendants.	CASE NO.: **30-2024-01394865-CU-OE-CXC** **OBJECTION FORM**

OBJECTION FORM

USE THIS FORM ONLY IF YOU WANT TO OBJECT TO THE SETTLEMENT. TO OBJECT TO THE TERMS OF THE SETTLEMENT, YOU MUST SIGN AND COMPLETE THIS FORM ACCURATELY AND IN ITS ENTIRETY, INCLUDING YOUR FULL NAME, CURRENT ADDRESS, AND YOUR SIGNATURE. YOU MUST MAIL THIS FORM BY FIRST CLASS U.S. MAIL TO THE ADMINISTRATOR (ILYM GROUP) AT THE ADDRESS BELOW SO THAT IT IS POSTMARKED ON OR BEFORE JANUARY 25, 2027, OR EMAILED OR FAXED BY JANUARY 25, 2027.

[ ] I OBJECT to the *Rodriguez v. Covidien LP, et al.* Settlement for the following reasons:

_____

_____

_____

_____

[Form continues on reverse side]

_____

_____

_____

_____ _____
(Your Signature) (Date)

_____ _____
(Print Your Name) (Your Address)

_____ _____
(Dates of Employment) (City/State/Zip Code)

Submit your fully completed and signed Objection Form as follows:

MAIL (BY U.S. MAIL) POSTMARKED NOT LATER THAN **JANUARY 25, 2027** OR EMAIL OR FAX TO THE ADMINISTRATOR NOT LATER THAN **JANUARY 25, 2027**

Rodriguez v. Covidien LP, et al.
ILYM Group, Inc.
P.O. Box 2031
Tustin, CA 92781
Telephone: (888) 250-6810
Fax: (888) 845-6185
Email: info@ilymgroup.com

CORTE SUPERIOR DEL ESTADO DE CALIFORNIA

CONDADO DE ORANGE

AMALIA RODRIGUEZ, un individuo, en nombre de ella misma y en nombre de todas las personas en una situación similar, Los Demandantes, v. COVIDIEN LP, una Asociación Limitada; MEDTRONIC, INC., una Corporación; MEDTRONIC USA, INC., una Corporación; y Demandados Desconocidos 1 al 50, inclusives, Los Demandados.	CASO NO.: **30-2024-01394865-CU-OE-CXC** **FORMULARIO DE OBJECIÓN**

FORMULARIO DE OBJECIÓN

USE ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE SI USTED DESEA OBJETAR AL ACUERDO. PARA OBJETAR A LOS TÉRMINOS DEL ACUERDO, USTED DEBE FIRMAR Y COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE MANERA EXACTA Y EN SU TOTALIDAD, INCLUYENDO SU NOMBRE COMPLETO, DIRECCIÓN ACTUAL Y SU FIRMA. USTED DEBE ENVIAR ESTE FORMULARIO POR MEDIO DE CORREO DE PRIMERA CLASE DE LOS ESTADOS UNIDOS AL ADMINISTRADOR (ILYM GROUP) A LA DIRECCIÓN A CONTINUACIÓN DE TAL FORMA QUE SEA POST SELLADO EN O ANTES DEL 25 DE ENERO DEL 2027, O ENVIADO POR CORREO ELECTRÓNICO O FAX PARA EL 25 DE ENERO DEL 2027.

[ ] YO OBJETO al Acuerdo de *Rodriguez v. Covidien LP, y otros* por las siguientes razones:

_____

_____

_____

_____

[El formulario continua en el reverso]

(Su Firma) (Fecha)

(Su Nombre en Letras de Molde) (Su Dirección)

(Fechas de Empleo) (Ciudad/Estado/Código Postal)

Presente su Formulario de Objeción completado en su totalidad y firmado de la siguiente forma:

ENVÍE POR CORREO POSTAL (POR CORREO DE LOS ESTADOS UNIDOS) POST SELLADO A NO MÁS TARDAR EL **25 DE ENERO DEL 2027** O ENVÍE POR CORREO ELECTRÓNICO O FAX AL
ADMINISTRADOR A NO MÁS TARDAR EL 25 DE ENERO DEL 2027:

Administrador de *Rodriguez v. Covidien LP, y otros*
c/o ILYM Group
ILYM Group, Inc.
P.O. Box 2031
Tustin, CA 92781
Telephone: (888) 250-6810
Fax: (888) 845-6185
Email: info@ilymgroup.com