FORMULARIO DE RECLAMO DE ACUERDO DE DEMANDA COLECTIVA (Spanish)

USTED O SU HIJO PODRÍAN TENER DERECHO A RECIBIR DINERO DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK

LEA ESTE FORMULARIO DETENIDAMENTE

Usted puede rellenar este formulario para su hijo o para usted mismo si cumple con los siguientes requisitos de elegibilidad: es mayor de 18 años de edad y se halla en pleno uso de sus facultades mentales para recibir fondos ordenados por el tribunal*

USTED RECIBIÓ NOTIFICACIÓN PREVIA DEL ACUERDO DE UNA DEMANDA COLECTIVA.
PARA QUE USTED O SU HIJO RECIBAN DINERO VINCULADO CON
ESE ACUERDO, USTED DEBE:

1. RELLENAR ESTE FORMULARIO POR COMPLETO Y FIRMARLO.

2. ANEXAR UNA COPIA DE LA TARJETA DE SEGURO SOCIAL O DE LA TARJETA DE MEDICAID DE USTED O DE SU HIJO.

3. ENVIARLO CON MARCA POSTAL A MÁS TARDAR EL 14 MARZO 2009 A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Adam D. Mitzner
Pavia & Harcourt LLP
600 Madison Avenue
New York, New York 10022

Nombre de su hijo*: _____

Fecha de nacimiento de su hijo* _____ Número de seguro social de su hijo* _____

Nombre: _____¿Es usted el padre o tutor? ___ Sí ___ No

Dirección _____

Número de teléfono _____

* Si usted es mayor de 18 años de edad y se halla en pleno uso de sus facultades mentales para recibir fondos ordenados por un tribunal y presenta esta Prueba de reclamo para sí mismo, escriba su nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, dirección y número de teléfono y marque la casilla “No” para indicar que no es el padre ni el tutor.

PARA CALCULAR CORRECTAMENTE LA CANTIDAD DEL REEMBOLSO AL QUE PODRÍA TENER DERECHO, FAVOR DE PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

FAVOR DE SER TAN ESPECÍFICO COMO SEA POSIBLE E INCLUIR TODOS LOS DETALLES QUE CONSIDERE PERTINENTES.

DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN (ejemplo: envenenamiento por pintura con plomo, parálisis cerebral, daño cerebral)

_____

_____

_____

MES Y AÑO DE LA LESIÓN (si es posible, indique el día). Si no sabe el mes y día exactos de la lesión, favor de proporcionar una fecha aproximada de cuándo usted o su hijo empezaron a recibir tratamiento médico para la lesión.

_____

¿Se estableció una cuenta de custodia o un fideicomiso para necesidades especiales? Sí ___No ___

Si respondió Sí: Nombre del fideicomisario _____ Número de cuenta _____
Institución financiera del fideicomiso _____

Juro, bajo pena por falso testimonio, que toda la información proporcionada en este formulario es veraz.

_____

Firma
Signature

ELEGIBILIDAD PARA EL REEMBOLSO

Usted o su hijo podrían tener derecho a un reembolso de la Ciudad de Nueva York si cumple con los siguientes requisitos: (1) nació después del 21 de enero de 1984 y estaba vivo el 20 de enero de 2002; (2) resolvió o ganó una demanda por negligencia de cualquier tipo en contra de cualquier persona (error médico, pintura con plomo, acera, etc.) y tenía (o todavía tiene) Medicaid; (3) canceló o resolvió un derecho de retención médico vinculado con esa demanda antes del 31 de diciembre de 2006; (4) recibió educación especial, ya sea en el Programa de Intervención Temprana, pre-jardín de infantes, escuela regular o escuela privada; (5) recibió servicios de terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla o consejería por lesiones reclamadas en el caso por negligencia;

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA? LLAME A ADAM D. MITZNER AL (212) 508-2404.

O acceda al sitio web del HRA en www.nyc.gov/html/hra y haga clic en el vínculo "Green Settlement" para obtener más información.