

IMPORTANTES ASUNTOS LEGALESPara este formulario en español: www.NYCICESettlement.com對於此表格的中文: www.NYCICESettlement.comPour ce formulaire en francais: www.NYCICESettlement.comPou fòm sa a an kreyòl ayisyen: www.NYCICESettlement.com**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN**

Si el Departamento de Correcciones de la Ciudad de Nueva York lo detuvo más allá de la fecha programada para su liberación entre el **1 de abril de 1997** y el **21 de diciembre de 2012** basándose exclusivamente en una orden de detención emitida por el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de EE. UU. (ICE), puede presentar un Formulario de Reclamación para recibir un pago.

Para llenar y presentar un formulario en línea: (1) Escanee el código QR que se encuentra en la parte superior de esta página o (2) visite el sitio web www.NYCICESettlement.com para llenar su Formulario de Reclamación. También puede llenar y enviar este Formulario de Reclamación por correo a la dirección que se encuentra en la parte superior de esta página o por correo electrónico a NYCICESettlement@atticusadmin.com. Los Formularios de Reclamación deben enviarse a más tardar el 15 de mayo de 2025. Por favor llame al 1-800-479-0810 si tiene dudas o requiere asistencia. Por favor complete la sección de Identificación del Reclamante con su información de contacto ya que podríamos necesitar hablar con usted para coordinar el pago por cheque o transferencia.

MARQUE ESTA CASILLA si el nombre y dirección de domicilio previos son correctos. Si la información previa es incorrecta, por favor corríjala a continuación y proporcione información adicional de manera que el Administrador pueda contactarlo en caso de preguntas.

IDENTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Dirección postal (incluya departamento, unidad, suite o apartado postal según sea el caso) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal o de país (de conocerlo) _____ País _____

(_____) _____ ¿El número está afiliado a Sí No
WhatsApp?

Número de teléfono o celular (incluya código de área/prefijo) _____

Email _____ Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) _____

_____/_____/_____
Número de Seguro Social o ITIN (si procede)
York (si se lo sabe)

Número de ID del estado de Nueva

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

No es necesario un Número de Seguro Social (SSN) o un Número de Identificación de Contribuyente Individual (ITIN) para recibir un pago. Si no proporciona su SSN o ITIN su reclamo se procesará pero el Administrador estará obligado por ley a retener un porcentaje de su pago por la retención de respaldo de impuestos. Para evitar una retención obligatoria de impuestos en la fuente, por favor proporcione su SSN o ITIN en la Sección de Identificación de Reclamante. El Administrador del Acuerdo no puede ofrecer asesoría fiscal. Su pago se reportará al IRS.

RECONOCIMIENTO Y FIRMA

HAGA CLIC AQUÍ si usted es el representante legal de un Miembro del Grupo de Demandantes fallecido presentando una solicitud en su nombre. Por favor envíe una copia de una orden judicial que lo designe como administrador o representante legal de los herederos del Miembro del Grupo de Demandantes, la cual es obligatoria.

Al firmar este Formulario de Reclamación, declaro que la información previa es verdadera y exacta.

Firma del Miembros del Grupo de Demandantes o Representante Legal

Fecha