

**DOCUMENTS JURIDIQUES IMPORTANTS**Para este formulario en español: [www.NYCICESettlement.com](http://www.NYCICESettlement.com)對於此表格的中文: [www.NYCICESettlement.com](http://www.NYCICESettlement.com)For this form in English: [www.NYCICESettlement.com](http://www.NYCICESettlement.com)Pou fòm sa a an kreyòl ayisyen: [www.NYCICESettlement.com](http://www.NYCICESettlement.com)**FORMULAIRE DE RÉCLAMATION**

Si vous avez été détenu par le Department of Correction de la ville de New York au-delà de votre date de libération prévue entre le **1er avril 1997 et le 21 décembre 2012**, uniquement en raison d'un avis de litispendance émis par service de l'immigration et des douanes des États-Unis, vous pouvez soumettre un formulaire de réclamation en vue d'obtenir un paiement.

Pour remplir et soumettre un formulaire en ligne : (1) Scannez le code QR en haut de cette page ou (2) consultez le site Web [www.NYCICESettlement.com](http://www.NYCICESettlement.com) pour remplir votre formulaire de réclamation. Vous pouvez également remplir et soumettre ce formulaire de réclamation par la poste à l'adresse indiquée en haut de cette page ou par courriel à [NYCICESettlement@atticusadmin.com](mailto:NYCICESettlement@atticusadmin.com). Les formulaires de réclamation doivent être envoyés avant le 15 mai 2025. Veuillez composer le 1-800-479-0810 si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide. Veuillez compléter la section Identification du réclamant en indiquant vos coordonnées, car il se peut que nous ayons besoin de vous parler pour effectuer le paiement par chèque ou par virement bancaire.

**COCHEZ ICI** si votre nom et votre adresse sont corrects. Si les informations ci-dessus sont inexactes, veuillez les corriger ci-dessous et fournir les informations complémentaires afin que l'administrateur soit en mesure de vous contacter pour toute question.

**IDENTIFICATION DU RÉCLAMANT**

Prénom \_\_\_\_\_ Second prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Adresse postale (indiquer l'appartement, l'unité, la suite ou la boîte postale, le cas échéant) \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code Zip/Code de pays (si connu) \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Le numéro de cellulaire est-il affilié à WhatsApp?  Oui  Non  
Numéro de téléphone ou de cellulaire (y compris l'indicatif régional/le code de la ville)

Courriel \_\_\_\_\_ Date de naissance (mois/jour/année) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale ou ITIN (si disponible) \_\_\_\_\_ Numéro d'identification de l'État de New York (NYSID) (si connu)

**NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE**

Un numéro de sécurité sociale (SSN) ou un ITIN n'est pas exigé pour le paiement. Si vous ne fournissez pas votre SSN ou votre ITIN, votre demande sera traitée et l'administrateur est tenu par la loi de retenir un pourcentage de votre paiement pour la retenue supplémentaire sur les impôts. Pour éviter une retenue supplémentaire, veuillez indiquer votre SSN ou votre ITIN dans la section relative à l'identification du réclamant. L'administrateur du règlement n'est pas en mesure de fournir des conseils fiscaux. Votre paiement sera signalé à l'IRS.

**ACCUSÉ DE RÉCEPTION ET SIGNATURE**

**COCHEZ ICI** si vous êtes le représentant légal d'un membre décédé du recours collectif et que vous déposez une demande en son nom. Veuillez envoyer une copie de la décision de justice vous désignant comme administrateur ou représentant légal de la succession du membre du groupe, ce qui est obligatoire.

**En signant le présent formulaire de réclamation, je déclare que les informations ci-dessus sont véridiques et correctes.**

\_\_\_\_\_  
Membre du groupe ou représentant légal Signature\_\_\_\_\_  
Date*Formulario Español Ubicado en el Otro Lado*