

|         |  |            |  |                    |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|
| Nombre: |  | NSS o NIE: |  | N.º de reclamante: |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>GCCF<br/>2000-I</b> | <b>CENTRO DE RECLAMACIONES DE LA COSTA DEL GOLFO<br/>FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE PAGO PROVISIONAL</b> |
|------------------------|--|

Este formulario de reclamación de pago provisional debe completarse para personas o empresas que deseen recibir el pago por una **reclamación de pago provisional** por daños sufridos a consecuencia del incidente de Deepwater Horizon del 20 de abril de 2010 y el derrame de petróleo resultante (el "Derrame").

**Una reclamación para pago provisional es ÚNICAMENTE PARA DAÑOS PREVIOS. Las futuras pérdidas o daños NO serán incluidas en el pago provisional y no pueden ser incluidas en este formulario de reclamación de pago provisional. Usted no tendrá que firmar una exención o renunciar a ningún derecho a fin de presentar una reclamación de pago provisional o de recibir un pago provisional.** Para conocer más acerca de cómo presentar una reclamación de pago provisional, visite [www.gulfcoastclaimsfacility.com](http://www.gulfcoastclaimsfacility.com), comuníquese con el número de llamada gratuita al 1-800-916-4893 o visite una oficina local del Centro de Reclamaciones de la Costa del Golfo ("GCCF").

Puede presentar una reclamación de pago provisional únicamente una vez cada trimestre de cada año calendario durante la duración del Proceso de reclamaciones del GCCF, el cual termina el 22 de agosto de 2013 o hasta que presente una reclamación final. El primer trimestre comienza ahora y concluye el 31 de marzo de 2011. Los trimestres subsiguientes serán del 1 de abril al 30 de junio, del 1 de julio al 30 de septiembre y del 1 de octubre al 31 de diciembre de cada año. Su periodo de medida de pérdida para cada reclamación concluirá al final del mes de la información financiera real más reciente que le proporcione al GCCF.

**Envíeme todas las futuras comunicaciones y avisos en el siguiente idioma:** (marque solo una casilla)

Inglés

Español

Vietnamita

Camboyano

**Indique si ha presentado anteriormente una reclamación:** (marque solo una casilla)

Anteriormente he presentado una reclamación al GCCF

Soy un reclamante nuevo ante el GCCF

### SECCIÓN I. INSTRUCCIONES

**(B.)** Si anteriormente ha presentado una reclamación de pago de emergencia por adelantado, DEBE indicar su número de identificación de reclamante del GCCF existente, en la parte superior de cada página de este formulario.

Si esta es la primera reclamación que presenta al GCCF, éste le asignará un número de identificación de reclamante. **Ese número de identificación de reclamante le permitirá seguir el estado de su reclamación en línea y será su número de identificación de reclamante a lo largo del proceso de reclamaciones.**

Puede obtener información acerca de su reclamación en línea en [www.gulfcoastclaimsfacility.com](http://www.gulfcoastclaimsfacility.com), llamando al número del GCCF al 1-800-916-4893 o en persona en una oficina del GCCF.

2. Si usted es un reclamante individual, ingrese su número de Seguro Social en la casilla en la parte superior de cada página. Si es una empresa reclamante, ingrese su número de identificación del empleador en la casilla de la parte superior de cada página.
3. El reclamante debe escribir en letra de imprenta el nombre de la persona o empresa reclamante, así como firmar y colocar la fecha en el formulario de reclamación, en la sección VIII.
4. Usted puede llenar y enviar un formulario de reclamación de pago provisional y proporcionar documentos de respaldo al GCCF en línea, visitando la página web del GCCF, en [www.gulfcoastclaimsfacility.com](http://www.gulfcoastclaimsfacility.com) o por correo postal, por correo electrónico, por servicio de entrega de un día, por fax o en persona. Si envía su formulario de reclamación de pago provisional en línea, debe enviar toda la documentación de respaldo dentro de los cinco (5) días de su presentación en línea. Si envía su formulario de reclamación de pago provisional por correo postal, por correo electrónico, por servicio de entrega de un día, por fax o en persona, debe enviar toda la documentación de respaldo junto con su formulario de reclamación. Las solicitudes de reclamación y documentación de respaldo que se entreguen en persona no se conservarán en las Oficinas de reclamaciones de la GCCF. Estos materiales son enviados al centro de procesamiento del GCCF en Dublin, Ohio o son escaneados y enviados al centro de procesamiento vía Internet.
5. Si anteriormente ha presentado un formulario de reclamación final y ahora desea presentar una reclamación de pago provisional, marque esta casilla y proceda a completar este formulario de reclamación de pago provisional de acuerdo con las instrucciones citadas anteriormente.

|         |  |            |  |                    |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|
| Nombre: |  | NSS o NIE: |  | N.º de reclamante: |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|

## SECCIÓN II. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

### II.A. Información del reclamante individual

Proporcione la siguiente información acerca de la persona que fue afectada o lesionada por el Derrame. **Todos los reclamantes individuales deben responder cada pregunta en esta sección.** (Si está presentando la misma para una empresa, omita esta sección y prosiga en la sección II.B)

|   |                           |        |                            |
|---|---------------------------|--------|----------------------------|
| <b>1. Nombre:</b>   | Apellido                  | Nombre | Inicial del segundo nombre |
| <b>2. Dirección actual:</b>   | Calle                     |        |                            |
|   | Ciudad                    | Estado | Código postal              |
|   | Distrito/condado          |        | País                       |
| <b>3. Número de teléfono de la casa:</b>  | (    )    -               |        |                            |
| <b>4. Número de teléfono celular:</b>   | (    )    -               |        |                            |
| <b>5. Dirección de correo electrónico:</b>  |                           |        |                            |
| <b>6. Fecha de nacimiento:</b>  |                           |        |                            |
| <b>7. Número de Seguro Social:</b> <input type="checkbox"/>                                     | _ _  -  _ _  -  _ _ _ _ _ |        |                            |
| <i>o</i>  |                           |        |                            |
| <b>número de identificación tributaria individual:</b> <input type="checkbox"/>                 |                           |        |                            |
| <b>8. Otro nombre que utilice (nombre de soltero, nombre/s por matrimonio anterior, alias):</b> |                           |        |                            |

**Proporcione información completa sobre su situación laboral desde el 1 de enero de 2010 (agregue más páginas si es necesario):**

|   |  |                   |               |
|---|--|-------------------|---------------|
| <b>9. Empleador actual:</b>                   | Nombre   | Periodo de empleo |               |
|   | Calle  | _____ a: _____    |               |
|   | Ciudad   | Estado            | Código postal |
|   | Distrito/condado   |                   | País          |
|   | Número de identificación del empleador (EIN)  _ _  -  _ _ _ _ _ _ _ _  (de su formulario W-2 o 1099) |                   |               |
| <b>Otro empleador o el empleador anterior</b> | Nombre   | Periodo de empleo |               |
|   | Calle  | _____ a: _____    |               |
|   | Ciudad   | Estado            | Código postal |
|   | Distrito/condado   |                   | País          |
|   | Número de identificación del empleador (EIN)  _ _  -  _ _ _ _ _ _ _ _  (de su formulario W-2 o 1099) |                   |               |





|         |  |            |  |                    |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|
| Nombre: |  | NSS o NIE: |  | N.º de reclamante: |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|

### SECCIÓN III. INFORMACIÓN DEL ABOGADO

Complete esta sección únicamente si lo representa un abogado para esta reclamación de pago provisional. **Si completa esta sección, todas las comunicaciones del GCCF serán con el abogado que haya identificado, a menos que su abogado nos instruya de otra manera por escrito. Si un abogado lo representa, usted deberá responder todas las preguntas en esta sección. La información provista anteriormente sobre la representación legal no aplicará a esta reclamación de pago provisional.**

|  |             |        |                            |      |
|--|-------------|--------|----------------------------|------|
| <b>27. Nombre del abogado:</b>                                     | Apellido    | Nombre | Inicial del segundo nombre |      |
| <b>28. Nombre del bufete de abogados:</b>                          |             |        |                            |      |
| <b>29. Dirección del bufete de abogados:</b>                       | Calle       |        |                            |      |
|  | Ciudad      | Estado | Código postal              | País |
| <b>30. Número de teléfono del bufete de abogados:</b>              | (    )    - |        |                            |      |
| <b>31. Dirección de correo electrónico del bufete de abogados:</b> |             |        |                            |      |

|         |  |            |  |                    |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|
| Nombre: |  | NSS o NIE: |  | N.º de reclamante: |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|

## SECCIÓN IV. INFORMACIÓN DE LA RECLAMACIÓN DE PAGO PROVISIONAL

Verifique el/los tipo/s de reclamación que desea presentar. Introduzca la cantidad que está reclamando en cada tipo de reclamación. Si ya recibió un pago, no incluya esa cantidad en el monto que solicita. **Todos los reclamantes deben completar esta sección.**

Para cada tipo de reclamación que envíe, debe proporcionar la documentación que respalde su reclamación. Los documentos que debe brindar están descritos en los Requisitos de documentación del Centro de Reclamaciones de la Costa del Golfo que se adjuntan a este formulario de reclamación. (No tiene que volver a enviar la documentación presentada con su reclamación de pago de emergencia por adelantado). Sus daños serán calculados únicamente por el/los periodo/s por el/los que proporcione la documentación requerida.

**Debe proporcionar la documentación o evidencia de los daños o lesiones para cada tipo de reclamación seleccionado. Deberá enviar este formulario completado a la GCCF acompañado de la documentación de soporte. La lista de Requisitos de documentos de la Oficina de Reclamaciones de la Costa del Golfo acompaña este formulario de reclamación de pago provisional y describe los documentos de respaldo REQUERIDOS para cada tipo de reclamación. Reclamaciones enviadas sin la documentación apropiada de soporte no serán evaluadas hasta recibir los documentos requeridos. No se enviarán avisos de deficiencias a reclamantes que envíen reclamaciones de pago provisional.**

### IV.A. Reclamaciones de costos de eliminación y limpieza

EL RECLAMANTE ESTÁ ENVIANDO UNA RECLAMACIÓN DE COSTOS DE ELIMINACIÓN Y LIMPIEZA POR \$\_\_\_\_\_

Marque la casilla más arriba e ingrese el monto de su reclamación si está procurando recuperar los costos incurridos para eliminar la descarga de petróleo por el Derrame y/o los costos para evitar, minimizar o mitigar la contaminación por petróleo cuando había una amenaza considerable de descarga de petróleo debido al Derrame. Puede reclamar costos tanto para medidas preventivas como de limpieza.

Si está reclamando por varias medidas de eliminación y limpieza, y necesita páginas adicionales, fotocopie esta página antes de llenarla y adjunte la copia a este formulario de reclamación para su envío. Haga cuantas copias necesite.

Si requiere de más espacio para contestar cualquier pregunta, utilice una hoja blanca y adjúntela a este formulario de reclamación para presentarla.

(A.1) **¿La medida de eliminación y limpieza aplicada fue aprobada por el Coordinador Federal del lugar y/o es coherente con el Plan Nacional de Contingencia?**

Sí  No

(A.2) **Proporcione la dirección donde se realizó la medida de eliminación y limpieza:**

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Distrito/condado

(A.3) **Proporcione una descripción de la medida de eliminación y limpieza:**

|         |  |            |  |                    |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|
| Nombre: |  | NSS o NIE: |  | N.º de reclamante: |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|

#### IV.B. Reclamaciones por daño a la propiedad inmueble o propiedad personal

**EL RECLAMANTE ESTÁ ENVIANDO UNA RECLAMACIÓN DE DAÑOS A LA PROPIEDAD INMUEBLE O PROPIEDAD PERSONAL POR \$\_\_\_\_\_**

Marque la casilla más arriba e ingrese la cantidad de su reclamación si está procurando daños por algún tipo de daño físico a la propiedad inmueble, personal o de la empresa de la que es propietario o que alquila.

Si es dueño de una propiedad que alquila a un tercero, debe notificar al arrendatario que está enviando una reclamación. Si alquila una propiedad de otra persona, deberá notificar al propietario que está presentando una reclamación.

Si ha sufrido daños en más de una propiedad y necesita páginas adicionales, fotocopie esta página antes de llenarla y adjúntela a este formulario de reclamación. Haga cuantas copias necesite. Identifique el tipo de propiedad personal que fue dañada o destruida (*por ejemplo*, un bote, equipos o maquinaria) y si corresponde, la marca, modelo, año y número de identificación.

Si requiere de más espacio para contestar cualquier pregunta, utilice una hoja blanca y adjúntela a este formulario de reclamación para presentarla.

**(B.1) Si está reclamando daños a la propiedad inmueble, proporcione la dirección de la misma. Si está reclamando daños a la propiedad personal, proporcione la dirección donde ocurrió el daño:**

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Distrito/condado

**(B.2) Si está reclamando daños a la propiedad personal, indique el tipo de propiedad personal que fue dañada (*por ejemplo*, un bote, equipos o maquinaria) y proporcione la información adicional, según corresponda:**

Tipo de propiedad personal

Marca

Modelo

Año

Número de identificación

**(B.3) Describa su relación con la propiedad inmueble o propiedad personal:**

Propietario  Arrendador

**(B.4) Proporcione una descripción de la propiedad dañada como resultado del Derrame y cómo ocurrió el daño:**

**(B.5) ¿Estaba usted trabajando en el programa Navíos de oportunidad (Vessels of Opportunity) al momento que la propiedad sufrió daños debido al Derrame?**

Sí  No

|         |  |            |  |                    |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|
| Nombre: |  | NSS o NIE: |  | N.º de reclamante: |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|

**IV.C. Reclamaciones por pérdida de ingresos o lucro cesante**

EL RECLAMANTE ESTÁ ENVIANDO UNA RECLAMACIÓN DE PÉRDIDA DE INGRESOS O LUCRO CESANTE POR \$ \_\_\_\_\_

Marque la casilla más arriba e ingrese la cantidad de su reclamación si está procurando daños por pérdida de ingresos o lucro cesante debido al Derrame. Reclamantes individuales que buscan pérdidas de ingresos o lucro cesante deberán completar C.1. a C.7. Las empresas reclamantes procurando pérdida de ingresos o lucro cesante deben responder las preguntas C.8. a C.15.

Si requiere de más espacio para contestar cualquier pregunta, utilice una hoja blanca y adjúntela a este formulario de reclamación para presentarla.

**IV.C.1. Preguntas para reclamantes individuales procurando pérdida de ingresos y lucro cesante**

**(C.1) Indique la ocupación y cargo laboral que tenía al momento del Derrame:**

Ocupación

Cargo

**(C.2) Describa la naturaleza del negocio de su empleador al momento del Derrame:**

**(C.3) Indique el total de la pérdida de ingresos que haya sufrido como resultado del Derrame hasta la fecha y describa cómo ha calculado estas pérdidas:**

**(C.4) Describa en detalle los esfuerzos que ha realizado para encontrar empleo desde el Derrame:**

**(C.5) Indique el monto de cualquier gasto por búsqueda de empleo en el que haya incurrido desde el Derrame:** \$ \_\_\_\_\_

**(C.6) Proporcione una descripción de cómo el Derrame ocasionó sus pérdidas:**

**Pérdida de mi empleo:**  **Horas de trabajo reducidas:**  **Paga/propinas reducidas:**

**(C.7) Proporcione el nombre y la dirección de su empleador al momento del Derrame:**

Nombre

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Distrito/condado

|         |  |            |  |                    |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|
| Nombre: |  | NSS o NIE: |  | N.º de reclamante: |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|

**IV.C.2. Preguntas para empresas reclamantes procurando pérdida de ingresos o lucro cesante**

**(C.8) Indique las fuentes de ingreso o tipos de clientes del negocio al momento del Derrame:**

**(C.9) Describa la naturaleza del negocio al momento del Derrame:**

**(C.10) Describa detalladamente cualquier esfuerzo que haya realizado para incrementar los ingresos o reducir los costos desde el Derrame:**

**(C.11) Indique el monto total de gastos operativos que ha ahorrado (o que pudo evitar) como resultado de las operaciones reducidas desde el Derrame:** \$ \_\_\_\_\_

**(C.12) Indique la pérdida de ingresos total que ha sufrido el negocio como resultado del Derrame hasta la fecha y cómo ha calculado esas pérdidas:**

**(C.13) Indique el lucro cesante total que ha sufrido el negocio como resultado del Derrame hasta la fecha y cómo ha calculado el mismo:**

**(C.14) Proporcione una descripción de la pérdida de negocios sufrida como resultado del Derrame y cómo ocurrió la pérdida:**

**(C.15) Proporcione la dirección de la empresa donde ocurrió la pérdida:**

Calle

Ciudad

Distrito/condado

Estado

Código postal

|         |  |            |  |                    |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|
| Nombre: |  | NSS o NIE: |  | N.º de reclamante: |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|

**IV.D. Reclamaciones de pérdida de uso de subsistencia de recursos naturales (únicamente para reclamantes individuales)**

**EL RECLAMANTE ESTÁ ENVIANDO UNA RECLAMACIÓN DE PÉRDIDA DE USO DE SUBSISTENCIA DE RECURSOS NATURALES POR \$ \_\_\_\_\_**

Marque la casilla más arriba e ingrese el monto de su reclamación si sufrió daños a su capacidad de depender, sin necesidad de compra, en recursos naturales para obtener alimentación, refugio, ropa, medicinas u otras necesidades básicas de vida, a causa del Derrame. Identifique en la sección D.2 a continuación el recurso natural del cual dependía para la subsistencia antes del Derrame, y de qué manera dicho recurso fue afectado por el Derrame

Si requiere de más espacio para contestar cualquier pregunta, utilice una hoja blanca y adjúntela a este formulario de reclamación para presentarla.

**(D.1) Proporcione una descripción detallada de la pérdida de subsistencia que ha sufrido como resultado del Derrame:**

**(D.2) Identifique el recurso natural del que dependía para su subsistencia antes del Derrame y cómo este se ha visto afectado por el mismo:**

**(D.3) Describa con qué frecuencia utiliza este recurso natural para subsistir y su valor mensual aproximado para usted:**

|         |  |            |  |                    |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|
| Nombre: |  | NSS o NIE: |  | N.º de reclamante: |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|

**IV.E. Reclamaciones de daño físico o fallecimiento** (únicamente para reclamantes individuales)

Usted no puede presentar una reclamación por lesión física o muerte durante el Proceso de Transición. Bajo la Orden del Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Este de Louisiana, del 8 de marzo de 2012, el Proceso de Transición no puede aceptar, procesar o pagar reclamaciones por lesión física o muerte. En el sitio web están disponibles una copia de la Orden y las Preguntas y respuestas frecuentes actualizadas sobre el Proceso de transición. Cuando esté disponible, publicaremos información adicional en el sitio web.

|         |  |            |  |                    |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|
| Nombre: |  | NSS o NIE: |  | N.º de reclamante: |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|

### SECCIÓN V. COMPENSACIÓN DE FUENTE COLATERAL

**Todos los reclamantes deben completar esta sección.** Usted debe completar esta sección para brindar información sobre beneficios de desempleo, seguro privado y otro ingreso de reemplazo que se reciba en relación con cualquier tipo de reclamación. (Las retenciones, embargos o formas de embargo similares autorizadas legalmente, que se reciban con respecto a su reclamación, serán acatadas y descontadas de su pago).

|   |   |
|---|---|
| 32. ¿Ha recibido alguna compensación de BP por sus pérdidas debido al Derrame?                                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 33. Monto total de compensación recibida de BP por sus pérdidas debido al Derrame:                              | \$  |
| 34. ¿Ha recibido alguna compensación de GCCF por sus pérdidas debido al Derrame?                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 35. Monto total de las compensaciones recibidas de GCCF por sus pérdidas debido al Derrame:                     | \$  |
| 36. ¿Ha recibido alguna compensación por beneficios estatales por desempleo?                                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 37. ¿Cuál fue el período de tiempo durante el cual recibió compensación por beneficios estatales por desempleo? |   |
| 38. Monto total de los beneficios recibidos por desempleo:  | \$  |
| 39. ¿Ha recibido alguna compensación de un seguro privado por daños debido al Derrame?                          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 40. Nombre de la aseguradora o proveedor:   |   |
| 41. Cuenta o número de póliza:  |   |
| 42. ¿Cuál fue el período de tiempo durante el cual recibió compensación de un seguro privado?                   |   |
| 43. Monto de los beneficios recibidos del seguro:   | \$  |
| 44. ¿Ha recibido algún otro ingreso de reemplazo como indemnización por despido?                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 45. ¿Cuál fue el período de tiempo durante el cual recibió este otro ingreso de reemplazo?                      |   |
| 46. Si aún está recibiendo este otro ingreso de reemplazo, ¿cuándo terminarán estas prestaciones?               |   |
| 47. Monto total recibido de otros ingresos de reemplazo:  | \$  |

|         |  |            |  |                    |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|
| Nombre: |  | NSS o NIE: |  | N.º de reclamante: |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|

## SECCIÓN VI. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE DEL RECLAMANTE

Debe responder cada pregunta en esta sección si está llenando este formulario de reclamación para un reclamante individual, afectado o lesionado por el Derrame que haya fallecido, sea menor de edad, incompetente o legalmente incapacitado y no pueda completar este formulario de reclamación por su propia cuenta. (Debe proporcionar prueba de que usted es un representante debidamente designado). Consulte la sección VII de los requisitos documentarios del Centro de Reclamaciones de la Costa del Golfo para establecer la autoridad para actuar como representante del reclamante, o visite el sitio web en [www.gulfcoastclaimsfacility.com](http://www.gulfcoastclaimsfacility.com). **Las empresas reclamantes no deben completar esta sección.**

**48. Motivo por el que la persona afectada o lesionada por el Derrame no puede completar el formulario de reclamación:**

**49. Su relación con el reclamante:**

- Cónyuge       Padre       Hijo  
 Hermano       Administrador       Albacea  
 Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Proporcione su nombre e información de contacto a continuación.**

**50. Apellido:**

**51. Primer nombre:**

**52. Segundo nombre:**

**53. Dirección actual:**

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

País

**54. Número de teléfono de la casa:**

(    )    -   

**55. Número de teléfono celular:**

(    )    -   

**56. Dirección de correo electrónico:**

**57. Número de Seguro Social:**

o

**número de identificación tributaria individual:**

  -  -  

  -  -  

**58. Tipo de prueba de que usted es un representante debidamente designado:**

|         |  |            |  |                    |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|
| Nombre: |  | NSS o NIE: |  | N.º de reclamante: |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|

## SECCIÓN VII. FORMA DE PAGO

Complete esta sección para elegir cómo quisiera recibir su pago. Puede elegir entre recibir el pago mediante cheque o mediante depósito directo o transferencia electrónica de fondos a su cuenta. Pagos por transferencia bancaria serán hechos desde el área de Nueva York, NY. Con base en su selección, complete la sección que corresponda a continuación. No complete ambas secciones. Las retenciones, embargos o formas de embargo similares autorizadas legalmente, que se reciban con respecto a su reclamación, serán acatadas y descontadas de su pago. El GCCF reportará anualmente a las autoridades fiscales federales y estatales ciertos pagos realizados, mediante el formulario 1099 o algún formulario estatal equivalente. La GCCF le enviará copia de ese formulario, pero no puede brindarle asesoría tributaria con respecto a ningún pago emitido a su nombre. Debe consultar con su propio asesor tributario para determinar el impacto de cualquier pago del GCCF sobre su situación tributaria individual.

### VII.A. Elección de recibir pago por medio de transferencia bancaria

Complete esta sección si desea recibir su pago por medio de depósito directo/transferencia electrónica. Si desea recibir su pago con cheque, no complete esta sección.

¿Desea recibir su pago mediante depósito directo o transferencia electrónica de fondos?

Sí  No

**Banco al que se debe enviar la transferencia:**

Nombre del banco

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

País

**Número de teléfono del banco:**

**Número de ruta/ABA del banco:**

**Nombre del titular de la cuenta:**

*Si el nombre del titular de su cuenta bancaria difiere de su nombre o del nombre de su empresa, explique la razón de dicha diferencia en la casilla al lado derecho.*

**Número de cuenta:**

### VII.B. Elección de recibir pago por medio de cheque

Complete esta sección si desea recibir su pago por medio de cheque. Los cheques le serán enviados por servicio de mensajería de un día y serán pagaderos a nombre del reclamante individual o de la empresa reclamante que complete este formulario de reclamación. (Asegúrese de proporcionar su dirección física para el servicio de entrega de un día). Si desea recibir su pago mediante transferencia bancaria, no complete esta sección.

65. ¿Desea recibir su pago mediante cheque?

Sí  No

66. Si la respuesta es afirmativa y es una persona que no tiene su propia cuenta bancaria, revise el Aviso de opciones para cobrar cheques, adjunto a este formulario de reclamación. Después de leer este aviso, seleccione si prefiere recibir un cheque o varios.

Un cheque  Varios cheques

Proporcione la dirección a la que desea que se le envíe/n el/los cheque/s en el espacio más abajo, si esta difiere de la dirección proporcionada en la sección II.

|         |  |            |  |                    |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|
| Nombre: |  | NSS o NIE: |  | N.º de reclamante: |  |
|---------|--|------------|--|--------------------|--|

|                                 |        |        |               |      |
|---------------------------------|--------|--------|---------------|------|
| <b>67. Dirección para pago:</b> | Calle  |        |               |      |
|                                 | Ciudad | Estado | Código postal | País |

### SECCIÓN VIII. FIRMA

Certifico que la información proporcionada en este formulario de reclamación de pago provisional es veraz y exacta a mi leal saber y entender, y comprendo que las declaraciones o reclamaciones falsas que se realicen con relación a este formulario de reclamación de pago provisional pueden provocar multas, encarcelamiento o cualquier otro fallo legalmente disponible para el gobierno federal, y que las reclamaciones sospechosas serán reenviadas a las agencias de seguridad federales, estatales y locales para su posible investigación y proceso.

Al enviar este formulario de reclamación de pago provisional, acepto que el Centro de Reclamaciones de la Costa del Golfo (“GCCF”) y aquellos que lo asisten, usen y divulguen cualquier información sobre mí que crean necesaria y/o útil en el proceso de mi reclamación de compensación, así como cualquier pago que resulte de esa reclamación, incluyendo cualquier apelación a dicho pago, con propósitos comerciales legítimos asociados con la administración del GCCF y la documentación correspondiente para la cobertura de seguro de las partes responsables y/o como de otra forma lo exija la ley, las normas o un proceso judicial. Mi consentimiento también incluye que las agencias estatales pertinentes de indemnización por desempleo liberen a la GCCF cualquier información sobre los beneficios por desempleo que hayan recibido a partir del 20 de abril de 2010.

|   |        |                |                                 |
|---|--------|----------------|---------------------------------|
| <b>Firma:</b>                             |        | <b>Fecha:</b>  | ____/____/____<br>(mes/día/año) |
| <b>Nombre en letra de imprenta:</b>       | Nombre | Segundo nombre | Apellido                        |
| <b>Cargo, si se trata de una empresa:</b> |        |                |                                 |

|  |   |
|--|---|
| <b>¿Recibió ayuda de alguna persona, además de familiares o del abogado que se identifica en la Sección III para completar este formulario de reclamación?</b> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <b>Nombre de la persona y empresa, de ser aplicable:</b>   |   |

### Cómo enviar este formulario de reclamación

Envíe este formulario de reclamación de pago provisional y la documentación de respaldo al GCCF a través de uno de los siguientes métodos:

**Correo postal regular:**  
Centro de Reclamaciones de la Costa del Golfo  
Kenneth R. Feinberg, administrador  
P.O. Box 9658  
Dublin, OH 43017-4958

**Servicio de entrega de un día, correo certificado o registrado:**  
Centro de Reclamaciones de la Costa del Golfo  
Kenneth R. Feinberg, administrador  
5151 Blazer Pkwy., Oficina A  
Dublin, OH 43017

**Fax:**  
1-866-682-1772

**Adjunto a correo electrónico:**  
[info@gccf-claims.com](mailto:info@gccf-claims.com)

Quando adjunte su documentación de respaldo, asegúrese de proporcionar el número de identificación apropiado (su número de identificación de reclamante, número de Seguro Social u otro número de identificación tributaria). Adjunte toda la documentación de respaldo al formulario de reclamación y envíelo al GCCF.