

Nombre:		N.º de Seguro Social (SSN) o N.º de identificación del empleador (EIN):		N.º de reclamante:	
---------	--	---	--	--------------------	--

GCCF 2000-F	CENTRO DE RECLAMACIONES DE LA COSTA DEL GOLFO FORMULARIO DE REVISIÓN COMPLETA DE RECLAMACIÓN DE PAGO FINAL
------------------------	---

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

Una reclamación de revisión completa de reclamación de pago final proporciona una evaluación completa de daños **PASADOS** y **FUTUROS** (si los hubiera) sufridos como resultado del Derrame. La aceptación de la oferta de pago final del Centro de Reclamaciones de la Costa del Golfo ("GCCF") por el pago final de una revisión completa de reclamación de pago final requerirá que firme una Exención y convenio de no demanda. Adjunto a este Formulario de revisión completa de reclamación final encontrará, para su consideración, una muestra de la exención y el convenio de no demanda que deberá firmar si acepta la oferta de pago final del GCCF. Si acepta la oferta de pago final cuando sea realizada y firma la exención, renunciará y eximirá para siempre todas las reclamaciones que pueda tener en contra de BP o de cualquier otra parte, que no sean reclamaciones por daños físicos o mentales ("Daño físico") o a accionistas de BP u otras partes eximidas por presuntas violaciones de las leyes de seguridad ("Reclamación de seguridad") en relación con el Derrame. Si acepta una oferta de pago final por reclamación de daño físico o fallecimiento, recibirá una copia de la Exención de reclamaciones de Daño físico, la cual eximirá toda reclamación de Daño físico o mental relacionada con el Derrame. Usted no tiene obligación de aceptar la oferta de pago final del GCCF. Usted es libre de rechazar la oferta de pago final del GCCF y de participar en otras acciones legales asociadas al Derrame o de presentar alguna reclamación de pago al Centro del Fondo de Contaminación Nacional de la Guardia Costera (la "Guardia Costera").

Para conocer más acerca de cómo presentar una reclamación de revisión completa de pago final y para obtener una copia del protocolo de reclamaciones provisionales y finales, visite www.gulfcoastclaimsfacility.com, llame al número de llamada gratuita al 1-800-916-4893 o visite una de las oficinas del GCCF.

Envíeme todas las futuras comunicaciones y avisos en el siguiente idioma (marque solo una casilla)			
Inglés <input type="checkbox"/>	Español <input type="checkbox"/>	Vietnamita <input type="checkbox"/>	Camboyano <input type="checkbox"/>

Indique si ha presentado anteriormente una reclamación (marque solo una casilla)	
Anteriormente he presentado una reclamación al GCCF <input type="checkbox"/>	Soy un reclamante nuevo ante el GCCF <input type="checkbox"/>

SECCIÓN I. INSTRUCCIONES

- 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 reclamación.**

Puede obtener información acerca de su reclamación en línea, en www.gulfcoastclaimsfacility.com, por teléfono, al número de llamada gratuita al 1-800-916-4893 o personalmente en una Oficina de Reclamaciones del GCCF.
- 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.
- El reclamante debe escribir en letra de imprenta el nombre de la persona o empresa reclamante, además de firmar y colocar la fecha en el Formulario de reclamación, en la sección VIII.
- Usted puede llenar y presentar un Formulario de revisión completa de reclamación de pago final y proporcionar documentos de respaldo al GCCF en línea, visitando la página web del GCCF, en www.gulfcoastclaimsfacility.com, o por correo postal, por correo electrónico, por servicio de entrega de un día, por fax o en persona. Si presenta su Formulario de revisión completa de reclamación de pago final en línea, debe enviar toda la documentación de respaldo dentro de los cinco (5) días de su presentación en línea. Si presenta su Formulario de revisión completa de reclamación de pago final 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 la Oficina de Reclamaciones del GCCF. Estos materiales son enviados al centro de procesamiento del GCCF en Dublin, Ohio o escaneados y enviados al centro de procesamiento a través de Internet.

Nombre:		N.º de Seguro Social (SSN) o N.º de identificación del empleador (EIN):		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)

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

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

9. Empleador actual:	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)		
Otro/ Empleador anterior:	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)		

10. ¿El reclamante posee parte de una de las empresas indicadas más arriba y/o hace las veces de funcionario en la misma? Si es así, nombre la empresa correspondiente, marque una o ambas casillas más abajo y especifique el porcentaje de propiedad y/o su cargo:

Nombre de la empresa: _____

Propietario (especifique porcentaje): _____ Funcionario (especifique cargo): _____

Nombre:		N.º de Seguro Social (SSN) o N.º de identificación del empleador (EIN):		N.º de reclamante:	
---------	--	---	--	--------------------	--

II.B. Información de la empresa reclamante

Proporcione información en la sección II.B. ÚNICAMENTE si está completando este formulario para una empresa que fue afectada por el Derrame.

II.B.1. Información acerca de la empresa

11. Nombre de la empresa:				
12. Tipo de negocio:				
13. Dirección de la empresa:	Calle			
	Ciudad	Estado	Código postal	
	Distrito/Condado		País	
14. Número de teléfono:	() -			
15. Página web:				
16. Otro nombre de la empresa:				
17. Nombre de la empresa en la Declaración Federal de Impuestos:				
18. Número de identificación del empleador (EIN): <input type="checkbox"/> <i>o</i> Marque aquí si el EIN también es su número de Seguro Social <input type="checkbox"/>	-			
	- -			
19. Fecha y lugar de establecimiento/incorporación:	Fecha: _____ Lugar: _____			

II.B.2. Información acerca del representante autorizado de la empresa

20. Nombre:	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	
21. Cargo:				
22. Dirección de domicilio: (si es distinta a la dirección de la empresa)	Calle			
	Ciudad	Estado	Código postal	País
23. Número de teléfono:	() -			
24. Número de celular:	() -			
25. Dirección de correo electrónico:				
26. Número de Seguro Social: <input type="checkbox"/> <i>o</i> Número de identificación tributaria individual: <input type="checkbox"/>	- -			
	-			

Nombre:		N.º de Seguro Social (SSN) o N.º de identificación del empleador (EIN):		N.º de reclamante:	
---------	--	---	--	--------------------	--

SECCIÓN III. INFORMACIÓN DEL ABOGADO

Complete esta sección solo si está representado por un abogado para esta revisión completa de reclamación de pago final. **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. Debe responder cada pregunta en esta sección si está representado por un abogado. La información provista previamente acerca de la representación legal no aplicará a esta revisión completa de reclamación de pago final.**

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

Nombre:		N.º de Seguro Social (SSN) o N.º de identificación del empleador (EIN):		N.º de reclamante:	
---------	--	---	--	--------------------	--

SECCIÓN IV. INFORMACIÓN DE LA RECLAMACIÓN PARA REVISIÓN COMPLETA DE PAGO FINAL

Verifique el/los tipo/s de reclamación que desea presentar. Ingrese la cantidad que está reclamando por cada tipo de reclamación. Si anteriormente ha recibido un pago, no incluya esa cantidad en el monto que está solicitando. **Todos los reclamantes deben completar esta sección. Debe indicar cada tipo de reclamación que desea que se considere en su oferta de pago final más abajo; usted recibirá únicamente una oferta de pago final en base a una evaluación de todos los tipos de reclamaciones indicados más abajo.**

Debe proporcionar documentación o evidencia del daño o lesión para cada tipo de reclamación marcada más abajo. Los requisitos de documentación del Centro de Reclamaciones de la Costa del Golfo se adjuntan a este Formulario de revisión completa de reclamación de pago final e indica la documentación de respaldo REQUERIDA que debe enviar para respaldar cada tipo de reclamación. Para cada tipo de reclamación que envíe, debe proporcionar la documentación que respalde su reclamación. Debe completar este formulario y enviarlo al GCCF junto con toda la documentación de respaldo. (No tiene que volver a enviar la documentación que haya enviado anteriormente con una reclamación de pago de emergencia por adelantado o reclamación 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. Usted puede reclamar costos tanto por medidas de prevención 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. Saque tantas copias como necesite.

Si necesita más espacio para responder alguna pregunta, utilice una página en blanco y adjúntela a este Formulario de reclamación para su envío.

(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:		N.º de Seguro Social (SSN) o N.º de identificación del empleador (EIN):		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 la propiedad de un tercero, debe notificar al propietario que usted 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. Saque tantas copias como 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 necesita más espacio para responder alguna pregunta, utilice una página en blanco y adjúntela a este Formulario de reclamación para su envío.

(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 Vessels of Opportunity en el momento que la propiedad sufrió daños debido al Derrame?

Sí

No

Nombre:		N.º de Seguro Social (SSN) o N.º de identificación del empleador (EIN):		N.º de reclamante:	
---------	--	---	--	--------------------	--

IV.C. Reclamaciones por pérdida de ingresos o ganancias

EL RECLAMANTE ESTÁ ENVIANDO UNA RECLAMACIÓN DE PÉRDIDA DE INGRESOS O GANANCIAS POR \$ _____

Marque la casilla más arriba e ingrese la cantidad de su reclamación si está procurando daños por pérdida de ingresos o ganancias debido al Derrame. Las empresas reclamantes procurando pérdida de ingresos o ganancias deben completar las preguntas C.8. a C.15.

Si necesita más espacio para responder alguna pregunta, utilice una página en blanco y adjúntela a este Formulario de reclamación para su envío.

IV.C.1. Preguntas para reclamantes individuales procurando pérdida de ingresos y ganancias

(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 o ganancias que haya sufrido como resultado del Derrame hasta la fecha y describa cómo ha calculado estas pérdidas:

(C.4) Describa detalladamente los esfuerzos que ha realizado para encontrar empleo o un trabajo adicional desde el Derrame:

(C.5) Indique el monto de gastos por búsqueda de empleo en los que haya incurrido desde el Derrame: \$ _____

(C.6) Proporcione una descripción de la pérdida que ha sufrido como resultado del Derrame y cómo éste ha ocasionado la pérdida:

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:		N.º de Seguro Social (SSN) o N.º de identificación del empleador (EIN):		N.º de reclamante:	
---------	--	---	--	--------------------	--

IV.C.2. Preguntas para empresas reclamantes procurando pérdida de ingresos o ganancias

(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 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 la pérdida total de ganancias que ha sufrido el negocio como resultado del Derrame hasta la fecha y cómo ha calculado la misma:

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

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

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Distrito/Condado

Nombre:		N.º de Seguro Social (SSN) o N.º de identificación del empleador (EIN):		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 más abajo, en la sección D.2, el recurso natural del que dependía para su subsistencia antes del Derrame y cómo éste se ha visto afectado por el derrame.

Si necesita más espacio para responder alguna pregunta, utilice una página en blanco y adjúntela a este Formulario de reclamación para su envío.

(D.1) Proporcione una descripción detallada de la pérdida de subsistencia 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 qué tan frecuentemente utiliza este recurso natural para subsistir y el valor mensual aproximado para usted:

Nombre:		N.º de Seguro Social (SSN) o N.º de identificación del empleador (EIN):		N.º de reclamante:	
---------	--	---	--	--------------------	--

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

EL RECLAMANTE ESTÁ ENVIANDO UNA RECLAMACIÓN DE DAÑO FÍSICO O FALLECIMIENTO POR \$_____

Marque la casilla más arriba e ingrese el monto de su reclamación si está procurando daños por lesión física o fallecimiento ocasionado directamente por el Derrame o la explosión e incendio relacionados al incidente de Deepwater Horizon el 20 de abril de 2010 o por la limpieza del Derrame.

Si necesita más espacio para responder alguna pregunta, utilice una página en blanco y adjúntela a este Formulario de reclamación para su envío.

(E.1) ¿Estaba usted trabajando para el programa Vessels of Opportunity al momento de ocurrir su lesión física?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

(E.2) ¿Estaba trabajando en actividades de eliminación y limpieza al momento de ocurrir su lesión física?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

(E.3) Proporcione la fecha en la que sufrió la lesión por primera vez y si ya se curó o continúa padeciéndola:	Fecha	<input type="checkbox"/> Se curó <input type="checkbox"/> Continúa
---	-------	--

(E.4) Si está procurando daños por fallecimiento, proporcione el nombre de la persona fallecida y la fecha de fallecimiento.	Nombre	Fecha
---	--------	-------

(E.5) Proporcione una breve descripción de la lesión física sufrida como resultado del Derrame y cómo ocurrió dicha lesión:

(E.6) Proporcione la dirección donde ocurrió la lesión:

Calle _____

Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
--------------	--------------	---------------------

Distrito/Condado _____

Nombre:		N.º de Seguro Social (SSN) o N.º de identificación del empleador (EIN):		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 cualquier pago.

32. ¿Ha recibido alguna compensación por parte de BP por sus pérdidas debido al Derrame?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
33. Monto total de la compensación recibida de BP por sus pérdidas debido al Derrame:	\$
34. ¿Ha recibido alguna compensación por parte del GCCF por sus pérdidas debido al Derrame?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
35. Monto total de la compensación recibida del GCCF por sus pérdidas debido al Derrame:	\$
36. ¿Ha recibido compensación del estado por beneficios de desempleo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
37. ¿Para qué periodo recibió compensación del estado por beneficios de desempleo?	
38. Monto total de los beneficios de desempleo recibidos:	\$
39. ¿Ha recibido compensación por parte de un seguro privado por daños debido al Derrame?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
40. Nombre del seguro o proveedor:	
41. Número de cuenta o póliza:	
42. ¿Para qué periodo recibió compensación del seguro privado?	
43. Monto total de los beneficios del seguro recibidos:	\$
44. ¿Ha recibido algún otro ingreso de reemplazo, como pago de indemnización por despido?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
45. ¿Para qué periodo recibió este otro ingreso de reemplazo?	
46. Si aún está recibiendo este otro ingreso de reemplazo, ¿cuándo terminará este beneficio?	
47. Monto total de otro ingreso de reemplazo recibido:	\$

Nombre:		N.º de Seguro Social (SSN) o N.º de identificación del empleador (EIN):		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). Vea la sección VII de los Requisitos de documentación del Centro de Reclamaciones de la Costa del Golfo para conocer qué documentos son necesarios para establecer la autoridad para actuar como representante del reclamante o visite la página web en www.gulfcoastclaimsfacility.com. **Las empresas reclamantes no deben completar esta sección.**

48. Razones por las que la persona afectada o lesionada por el Derrame no puede completar el Formulario de reclamación:

49. Su parentesco con el reclamante:

- Cónyuge Padre/madre Hijo/hija
 Hermano/hermana Administrador Albacea
 Otro (especifique): _____

Proporcione su nombre e información de contacto más abajo.

50. Apellido:

51. Nombre:

52. Segundo nombre:

53. Dirección actual:

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

País

54. Número de teléfono de la casa:

(| | | |) | | | | | - | | | | |

55. Número de celular:

(| | | |) | | | | | - | | | | |

56. Dirección de correo electrónico:

57. Número de Seguro Social:

o

Número de identificación tributaria individual:

_____|_____|_____|_____| - _____|_____| - _____|_____|_____|_____|

_____|_____|_____|_____| - _____|_____| - _____|_____|_____|_____|

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

Nombre:		N.º de Seguro Social (SSN) o N.º de identificación del empleador (EIN):		N.º de reclamante:	
---------	--	---	--	--------------------	--

SECCIÓN VII. FORMA DE PAGO

Complete esta sección para elegir cómo quisiera recibir su pago. Puede elegir recibir su pago por medio de cheque o de depósito de transferencia directa/transerencia electrónica a su cuenta. Los pagos realizados por medio de transferencia serán desde el área de Nueva York, NY. En base a su elección, complete la sección correspondiente más abajo. 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 tributarias federales y estatales, a través del formulario 1099 o de un formulario estatal equivalente, ciertos pagos realizados. El 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 que reciba 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/transerencia electrónica. Si desea recibir su pago por medio de cheque, no complete esta sección.

59. ¿Desea recibir su pago por medio de depósito directo/transerencia electrónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

60. Banco al que se debe enviar la transferencia:	Nombre del banco			
	Calle			
	Ciudad	Estado	Código postal	País

61. Número de teléfono del banco:	
--	--

62. Número de ABA/ruta:	
--------------------------------	--

63. Nombre del titular de la cuenta:	
<i>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.</i>	

64. 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 por medio de transferencia bancaria, no complete esta sección.

65. ¿Desea recibir su pago por medio de cheque?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 revisar este aviso, elija si prefiere recibir uno o varios cheques:	<input type="checkbox"/> Un cheque <input type="checkbox"/> 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.

67. Dirección de pago:	Calle			
	Ciudad	Estado	Código postal	País

Nombre:		N.º de Seguro Social (SSN) o N.º de identificación del empleador (EIN):		N.º de reclamante:	
---------	--	---	--	--------------------	--

SECCIÓN VIII. FIRMA

Certifico que la información suministrada en este Formulario de revisión completa de reclamación de pago final es veraz y exacta a mi leal saber y entender, y entiendo que las declaraciones o reclamaciones falsas hechas en relación con este Formulario de revisión completa de reclamación de pago final pueden resultar en multas, encarcelamiento y/o cualquier otro recurso disponible por ley al Gobierno Federal y que las reclamaciones sospechosas serán enviadas a las autoridades legales federales, estatales y locales para una posible investigación y proceso judicial.

Al enviar este Formulario de revisión completa de reclamación de pago final, 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 para procesar 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 incluye además, la divulgación al GCCF por parte del organismo estatal pertinente de compensación por desempleo, de toda información respecto a los beneficios de desempleo que yo recibiera por períodos de desempleo el 20 de abril de 2010 o después de esta fecha.

Firma:		Fecha:	____/____/____ (mes/día/año)
Nombre en letra de imprenta:	Nombre	Segundo nombre	Apellido
Cargo, si es una empresa:			

¿Alguien, que no sea miembro de su familia o su abogado identificado en la sección III, lo ayudó en la preparación de este Formulario de reclamación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la persona y empresa, de ser aplicable:	

Cómo enviar este Formulario de reclamación

Envíe este Formulario de revisión completa de reclamación de pago final y la documentación de respaldo al GCCF a través de uno de los siguientes métodos:

Correo postal regular:
Gulf Coast Claims Facility
Kenneth R. Feinberg, Administrator
P.O. Box 9658
Dublin, OH 43017-4958

Servicio de entrega de un día, correo certificado o registrado:
Gulf Coast Claims Facility
Kenneth R. Feinberg, Administrator
5151 Blazer Pkwy., Suite A
Dublin, OH 43017

Fax:
1-866-682-1772

Adjunto a correo electrónico:
info@gccf-claims.com

Cuando 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.