

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

| | |
|------------------------|--|
| GCCF 2000-I | CENTRO DE RECLAMACIONES DE LA COSTA DEL GOLFO FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE PAGO PROVISIONAL |
|------------------------|--|

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 que resulten del derrame de petróleo (el "Derrame").

La reclamación de pago provisional es ÚNICAMENTE POR DAÑOS PASADOS. 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, llame al número de llamada gratuita al 1-800-916-4893 o visite una oficina del Centro de Reclamaciones de la Costa del Golfo ("GCCF").

Puede presentar una reclamación de pago provisional únicamente 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 termina el 31 de marzo de 2011. Los trimestres posteriores serán del 1 de abril hasta el 30 de junio, del 1 de julio hasta el 30 de septiembre, y del 1 de octubre hasta el 31 de diciembre de cada año. Su periodo de medida de pérdida para cada reclamación concluirá al final del mes de la información financiera actual 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

- 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, llamando al número del GCCF al 1-800-916-4893 o en persona en una oficina 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 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 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 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.
- 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: | 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"/> | _ _ - _ _ - _ _ _ _ | | |
| o | | | |
| 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 en la pregunta 9 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"/> | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <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"/> | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <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 únicamente si es representado por 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. Debe responder cada pregunta en esta sección si está representado por un abogado. La información antes provista acerca de la representación legal no aplicará para esta reclamación provisional.**

| | | | | |
|--|---|--------|----------------------------|------|
| 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 DE PAGO PROVISIONAL

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.**

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 brindar documentación o evidencia del daño o lesión para cada tipo de reclamación marcada. Debe enviar este formulario completo al GCCF junto con la documentación de respaldo. Los Requisitos de documentación del Centro de Reclamaciones de la Costa del Golfo se adjuntan a este Formulario de reclamación de pago provisional e indican la documentación de respaldo REQUERIDA que debe enviar para respaldar cada tipo de reclamación. Las reclamaciones que se envíen sin la adecuada documentación de respaldo no serán evaluados hasta que se reciban los documentos necesarios. Los avisos de deficiencia no serán enviados a los reclamantes que presenten una 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

| | | | | | |
|---------|--|---|--|--------------------|--|
| 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. Los reclamantes individuales procurando pérdida de ingresos o ganancias deben completar las preguntas C.1. a C.7. 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 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 gastos por búsqueda de empleo en los 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: | | 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 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 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 con el incidente de Deepwater Horizon el 20 de abril de 2010.

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 su 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/transferencia 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/transferencia electrónica. Si desea recibir su pago por medio de cheque, no complete esta sección.

¿Desea recibir su pago por medio de depósito directo/transferencia electrónica? 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 ABA/ruta:

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 por medio de transferencia bancaria, no complete esta sección.

65. ¿Desea recibir su pago por medio de 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 revisar este aviso, elija si prefiere recibir uno o varios cheques:

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.

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 reclamación de pago provisional 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 reclamación de pago provisional 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 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 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 reclamación de pago provisional 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.