

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN N°2 – PAGO MEJORADO

Quién debe llenar este formulario:

Si cree que usted o uno o más de los miembros de su familia que vivieron con usted durante el Período del grupo (del 23 de noviembre de 2019 al 22 de noviembre de 2022) sufrieron lesiones físicas o emocionales o daños a la propiedad causados por vivir en BRANFORD MANOR, entonces debe envíe un Formulario de reclamo n.º 2 (Pago mejorado) para cada miembro de la familia lesionado **antes del 15 DE JULIO DE 2024. Este plazo podría ampliarse si se retrasa la aprobación final del Acuerdo.**

Debe enviar un **Formulario de reclamo n.º 2 por separado para cada miembro de la familia** que crea que sufrió estas lesiones.

NO es necesario que complete el Formulario de reclamo n.º 2 para recibir los Pagos básicos. El Formulario de reclamo n.º 2 es solo para reclamos por lesiones graves o daños a la propiedad causados por el moho en BRANFORD MANOR.

Instrucciones para enviar este formulario:

1. Complete, firme y envíe el Formulario de Reclamo N.º 1, el formulario de Pago Base. Sólo se requiere un formulario de Pago Base por familia.
2. Decida si usted o uno o más de sus familiares sufrieron o no grave lesiones físicas o emocionales o daños a la propiedad causados por vivir en BRANFORD MANOR durante parte o todo el Período de la Clase (23 de noviembre de 2019 al 22 de noviembre de 2022).
3. Si cree que usted o uno de los miembros de su familia sufrió este tipo de lesión o daño a la propiedad, complete un Formulario de reclamo n.º 2 para CADA miembro de la familia que crea que sufrió este tipo de lesión, y enviar antes **del 15 DE JULIO DE 2024. Este plazo podría ampliarse si se retrasa la aprobación final del Acuerdo.** Debe completar un formulario por separado para CADA miembro de la familia que crea que sufrió este tipo de lesión. (Si necesita formularios adicionales, puede hacer una copia de un formulario en blanco o llamar sin costo al 1-833-961-3404 para que le envíen formularios adicionales por correo).
4. Recopile toda la evidencia que tenga (incluidos registros médicos, registros de empleo, recibos u otros documentos o correos electrónicos/textos) que crea que respaldan su reclamo de que el miembro de la familia sufrió lesiones graves debido a las condiciones en BRANFORD MANOR durante el Período del grupo. **No necesita este tipo de evidencia para presentar un reclamo de Pago mejorado** (pero aún así debe enviar el Formulario de reclamo n.º 2).
5. Si necesita ayuda con los formularios o con la recopilación de documentos de respaldo, llame gratis al 1-833-961-3404, llame a las oficinas legales de Embry, Neusner, Arscott y Shafner al 1-860-449-0341 o envíe un correo electrónico info@branfordmanorsettlement.com.
6. Firme cada Formulario de Reclamación #2 (Pago Mejorado). Los adultos (mayores de 18 años) deben firmar sus propios formularios. Los formularios para niños menores de 18 años deben estar firmados por un padre o tutor legal. Los formularios para adultos que tienen tutores para que se encarguen de sus asuntos legales deben estar firmados por el tutor.

La persona que firma el formulario certifica que la información proporcionada es verdadera y precisa según su leal saber y entender.

7. Envíe el formulario completo y firmado **antes del 15 DE JULIO DE 2024. Este plazo podría ampliarse si se retrasa la aprobación final del Acuerdo.**

Por correo : envíe su(s) formulario(s) de reclamo a Branford Manor Settlement, c/o JND Legal Administration, P.O. Box 91429, Seattle, WA 98111, utilizando el sobre prepago

¿Tiene alguna pregunta? Visite www.branfordmanorsettlement.com o llame al número gratuito 1-833-961-3404

Para ver la política de privacidad de JND, visite <https://www.jndla.com/privacy-policy>

adjunto a este paquete (no es necesario agregar franqueo) o su propio sobre (deberá pagar el franqueo).

Por correo electrónico: tome una fotografía de su(s) formulario(s) de reclamo completado y firmado y envíela(s) por correo electrónico a info@branfordmanorsettlement.com O Escanee su(s) formulario(s) de reclamo completado y firmado y envíelo por correo electrónico a info@branfordmanorsettlement.com.

En persona: lleve su formulario de reclamo completo y firmado a las oficinas legales de Embry, Neusner, Arscott y Shafner, ubicadas en 118 Poquonnock Road, Groton CT 06340 y reciba un recibo que demuestre que trajo el formulario.

8. Envíe las pruebas que haya recopilado, si las hubiera. El Administrador del Acuerdo proporcionará la fecha límite para enviar esta información a cada Miembro del grupo que presente oportunamente un Formulario de reclamación de pago mejorado.

Por correo: envíe su evidencia a:

Branford Manor Settlement
c/o JND Legal Administration
P.O. Box 91429
Seattle, WA 98111

usando el sobre prepago adjunto a este paquete (no es necesario agregar franqueo) o su propio sobre (tendrá que pagar el franqueo).

Por correo electrónico: tome fotografías de cada página de cada documento y envíelas por correo electrónico a info@branfordmanorsettlement.com. O Escanee los documentos y envíe el escaneo por correo electrónico a info@branfordmanorsettlement.com.

PARA PREGUNTAS O AYUDA CON RECLAMOS DE PAGO MEJORADO,

- Envíe un correo electrónico con su pregunta a info@branfordmanorsettlement.com;
- Llame al número gratuito 1-833-961-3404 para hablar con un representante de servicio al cliente;
- Llame a Embry, Neusner, Arscott y Shafner, LLC al 1-860-449-0341.

¿Tiene alguna pregunta? Visite www.branfordmanorsettlement.com o llame al número gratuito 1-833-961-3404

Para ver la política de privacidad de JND, visite <https://www.jndla.com/privacy-policy>

1. Información personal: Para realizar su reclamo de Pago Mejorado, proporcione la información solicitada a continuación:

A. Nombre	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido(s)
B. Dirección postal actual	Dirección		
	Apto. No.		
	Ciudad		
	Estado	Código postal	
C. Número de teléfono			
D. Dirección de correo electrónico			
E. Fecha de nacimiento			
F. Número de Seguro Social (si lo conoce)			
G. Número de reclamo del seguro médico de Medicare (si se conoce)			
H. Asegurador de salud o plan que brinda cobertura de salud Medicare Advantage (si corresponde)			
I. Asegurador de salud o plan que brinda cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare (si corresponde)			
J. Número de beneficios de Tricare DoD (si corresponde)			
K. Ciudades en las que vivió desde que dejó BRANFORD MANOR	Ciudad	Estado	
	Ciudad	Estado	
	Ciudad	Estado	
	Ciudad	Estado	

¿Tiene alguna pregunta? Visite www.branfordmanorsettlement.com o llame al número gratuito 1-833-961-3404

Para ver la política de privacidad de JND, visite <https://www.jndla.com/privacy-policy>

Si presenta un reclamo de pago mejorado para cualquier miembro de la familia menor de 18 años, o para cualquier persona que haya fallecido o de quien usted sea tutor, proporcione la siguiente información:

Nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Número de Medicare/HICN (si corresponde)	Estados adicionales tratados / vividos desde el momento en BRANFORD MANOR

¿Tiene alguna pregunta? Visite www.branfordmanorsettlement.com o llame al número gratuito 1-833-961-3404
Para ver la política de privacidad de JND, visite <https://www.jndla.com/privacy-policy>

2. Lesiones que reclama: marque las casillas y describa las lesiones que afirma haber sufrido en Branford Manor:

Marque todo lo que corresponda	Lesiones o condiciones reclamadas
<input type="checkbox"/>	<p>A. Discapacidad o incapacidad documentada: ¿Afirma que las condiciones en BRANFORD MANOR resultaron en una enfermedad o incapacidad grave que le impidió temporal o permanentemente participar en el trabajo, la escuela u otras actividades normales? Si es así, marque la casilla, proporcione una descripción aquí y adjunte cualquier documento que tenga que respalde su reclamo.</p> <p>Por favor describa su enfermedad o lesión aquí:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><i>Puede enviar documentos adicionales después de enviar el formulario en cualquier momento antes de la fecha límite para los documentos de respaldo. El Administrador del Acuerdo está disponible para ayudarlo a obtener registros que respalden su reclamo.</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p>B. Hospitalización: ¿Afirma que las condiciones peligrosas en BRANFORD MANOR resultaron en una estadía en el hospital? Si es así, marque la casilla, proporcione una descripción aquí y adjunte cualquier documento que tenga ahora que respalde su reclamo.</p> <p>Nombre del Hospital: _____</p> <p>Fechas aproximadas de tratamiento: _____</p> <p>Información sobre hospitalización:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><i>Puede enviar documentos adicionales después de enviar el formulario en cualquier momento antes de la fecha límite para los documentos de respaldo. El Administrador del Acuerdo está disponible para ayudarlo a obtener registros que respalden su reclamo .</i></p>

Marque todo lo que corresponda	Lesiones o condiciones reclamadas
<input type="checkbox"/>	<p>C. Lesión o enfermedad física: ¿Afirma que las condiciones peligrosas en BRANFORD MANOR causaron lesiones o enfermedades graves? Si es así, marque la casilla, proporcione una descripción aquí y adjunte cualquier documento que respalde su reclamo.</p> <p>¿Quién proporcionó el tratamiento? _____</p> <p>Fechas aproximadas de tratamiento: _____</p> <p>Información sobre el tratamiento:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Puede enviar documentos adicionales después de enviar el formulario en cualquier momento antes de la fecha límite para los documentos de respaldo. El Administrador del Acuerdo está disponible para ayudarlo a obtener registros que respalden su reclamo.</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p>D. Tratamiento de angustia emocional: ¿Afirma que las condiciones peligrosas en BRANFORD MANOR causaron angustia emocional relacionada? Si es así, marque la casilla, proporcione una descripción aquí y adjunte cualquier documento que respalde su reclamo.</p> <p>¿Quién proporcionó el tratamiento? _____</p> <p>Fechas aproximadas de tratamiento: _____</p> <p>Información sobre el tratamiento:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Puede enviar documentos adicionales después de enviar el formulario en cualquier momento antes de la fecha límite para los documentos de respaldo. El Administrador del Acuerdo está disponible para ayudarlo a obtener registros que respalden su reclamo.</i></p>

Marque todo lo que corresponda	Lesiones o condiciones reclamadas
<input type="checkbox"/>	<p>E. Salarios perdidos: ¿Afirma que la exposición al moho en su apartamento en BRANFORD MANOR causó lesiones físicas o emocionales que resultaron en pérdida de trabajo y salarios? Si es así, marque la casilla, proporcione una descripción aquí y adjunte cualquier documento que respalde su reclamo.</p> <p>Nombre del empleador o empleadores: _____</p> <p>_____</p> <p>Fechas aproximadas de empleo: _____</p> <p>_____</p> <p>Ingreso perdido aproximado: \$ _____</p> <p><i>Puede enviar documentos adicionales después de enviar el formulario en cualquier momento antes de la fecha límite para los documentos de respaldo. El Administrador del Acuerdo está disponible para ayudarlo a obtener registros que respalden su reclamo.</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p>F. Destrucción de propiedad personal: ¿Afirma que debido a las condiciones peligrosas en su apartamento, sufrió daños importantes a su propiedad, como una destrucción extensa de muebles? Si es así, marque la casilla, proporcione una descripción aquí y adjunte cualquier documento que respalde su reclamo, como fotografías, recibos o facturas. Si anteriormente le pagaron por algún daño a la propiedad en Branford Manor, explique esas circunstancias y el monto del pago.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Puede enviar documentos adicionales después de enviar el formulario en cualquier momento antes de la fecha límite para los documentos de respaldo. El Administrador del Acuerdo está disponible para ayudarlo a obtener registros que respalden su reclamo.</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p>G. Circunstancias únicas: ¿Afirma que la exposición a condiciones peligrosas en su apartamento en BRANFORD MANOR resultó en daños o lesiones graves que no se encuentran en los puntos A al F anteriores? Si es así, marque la casilla, proporcione una descripción aquí y adjunte cualquier documento que respalde su reclamo.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Puede enviar documentos adicionales después de enviar el formulario en cualquier momento antes de la fecha límite para los documentos de respaldo. El Administrador del Acuerdo está disponible para ayudarlo a obtener registros que respalden su reclamo.</i></p>

3. Criterios de pago mejorados propuestos. La información presentada será revisada por los Peritos

¿Tiene alguna pregunta? Visite www.branfordmanorsettlement.com o llame al número gratuito 1-833-961-3404

Para ver la política de privacidad de JND, visite <https://www.jndla.com/privacy-policy>

Especiales designados por el juez. Los Expertos Especiales evaluarán lo que usted envíe y decidirán si tienes razonablemente mostrado que sufrió lesiones o daños a la propiedad que cree que fueron causados o empeorados por condiciones peligrosas mientras vivía en BRANFORD MANOR. Los Expertos Especiales otorgarán de cero a 15 puntos a cada Miembro del Grupo que presente un Reclamo de Pago Mejorado, según su evaluación de la gravedad de el reclamado lesiones y daños a la propiedad y en proporción a las reclamaciones realizadas por otros miembros del grupo. Las puntuaciones se basarán en la gravedad relativa de las lesiones o pérdidas de un miembro del grupo, pero no en los gastos médicos de esas lesiones.

4. Firma.

Quiero solicitar un Pago Mejorado. Por la presente certifico bajo pena de perjurio que la información que proporciono en y con este Formulario de reclamación de pago mejorado es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma aquí: _____

Imprime tu nombre aquí: _____

Complete esta sección solo si usted es el padre, tutor legal, representante del patrimonio de una persona fallecida o tutor del persona haciendo este afirmar. Si firma este formulario por un niño menor de 18 años o por una persona legalmente persona incapacitada, escriba el nombre de esa persona a continuación y marque la casilla que corresponda a usted.

Persona que presenta el reclamo: _____

- Soy padre del niño que presenta este reclamo
- Soy el tutor legal del niño que hace este reclamo.
- Soy representante legal del patrimonio de una persona fallecida,
llamada _____.
- Soy el tutor del adulto que presenta este reclamo.