

**FORMULARIO DE RECLAMO DE BENEFICIOS POR FILTRACIÓN DE DATOS DE MARIETTA AREA HEALTH CARE, INC. BAJO EL NOMBRE COMERCIAL MEMORIAL HEALTH SYSTEM**

**UTILICE ESTE FORMULARIO PARA HACER UN RECLAMO DE UN PAGO EN EFECTIVO PRORRATEADO,  
UN PAGO POR TIEMPO PERDIDO O POR PÉRDIDA DE GASTOS DE BOLSILLO**

Para obtener más información, llame al 1-844-709-1197 o visite el sitio web [www.mhsdatasettlement.com](http://www.mhsdatasettlement.com)  
*Para obtener una notificación en español, puede llamar al 1-844-709-1197 o visitar nuestro sitio web [www.mhsdatasettlement.com](http://www.mhsdatasettlement.com).*

**La FECHA LÍMITE para presentar este Formulario de Reclamo en línea (o hacerlo matasellar para su envío por correo) es el**

**15 de octubre de 2023**

**I. INSTRUCCIONES GENERALES**

Si le han notificado que su información privada se ha visto potencialmente comprometida por un ataque de ciberseguridad sufrido por Marietta Area Health Care, Inc. bajo el nombre comercial Memorial Health System (“MHS”), usted es un Miembro del Colectivo. El evento que provocó la pérdida de sus datos se menciona aquí como la “Filtración de Datos”.

El Acuerdo establece un fondo de \$1,750,000.00 para compensar a los Miembros del Colectivo por su pérdida de tiempo y de gastos de bolsillo, así como por los costos de notificación y gestión, y los honorarios y gastos de abogados según lo otorgado por el Tribunal. Como Miembro del Colectivo usted califica para recibir pagos en efectivo como reembolso por el tiempo dedicado y el dinero gastado en respuesta a la Filtración de Datos (p. ej. el dinero gastado en monitoreo de crédito), así como por cualquier otra pérdida monetaria que haya sufrido como consecuencia de incidentes de fraude o robo de identidad causados por la Filtración de Datos. Debe completar este formulario de reclamo para recibir estos beneficios. **Puede presentar un reclamo por uno o más de estos beneficios, y recibir el pago por cada uno de ellos, incluidos los pagos por tiempo perdido, pérdida por gasto de bolsillo y monto en efectivo prorrateado. Todos los pagos por reclamos válidos en virtud del Acuerdo, incluidos los de tiempo perdido y gastos de bolsillo, se pueden reducir proporcionalmente en función del número total de reclamos válidos.**

Los beneficios son los siguientes:

**a. Pago en efectivo prorrateado de \$50**

Después de distribuir los fondos para los pagos de reclamos establecidos anteriormente a los solicitantes, así como los honorarios de abogados, los gastos de litigio de los Abogados de la Demanda Colectiva y los aranceles administrativos, si queda dinero, el Administrador del Acuerdo realizará pagos prorrateados del Fondo del Acuerdo restante a cada Miembro del Colectivo del Acuerdo que presente un reclamo de pago en efectivo. El monto restante del Fondo del Acuerdo se distribuirá proporcionalmente a cada Miembro del Colectivo del Acuerdo que presente un reclamo válido, lo que puede aumentar o disminuir el monto del pago en efectivo de \$50.

**b. Reclamos por tiempo perdido**

Puede presentar un reclamo de reembolso por el tiempo dedicado a resolver problemas atribuibles a la Filtración de Datos. Se le reembolsará \$25 por hora de tiempo empleado, **hasta \$100 en total**. Al completar este formulario de reclamo, debe dar fe de la cantidad de tiempo que dedicó a intentar mitigar los efectos de la Filtración de Datos en su vida. Esto puede incluir, por ejemplo, el tiempo dedicado a llamadas telefónicas con los bancos, a lidiar con problemas de tarjetas de reemplazo o revertir cargos fraudulentos, a monitorear cuentas o a congelar su crédito. **No tiene que incluir documentación de su tiempo perdido. En cambio, puede jurar, bajo pena de perjurio,**

**cuál es la cantidad de tiempo que dedicó.** Los reclamos por tiempo perdido se pueden combinar con los reclamos por pérdida de gastos de bolsillo, pero están restringidos al límite de \$5,000.00.

**c. Gastos de bolsillo**

Usted es elegible para recibir un reembolso por el dinero que pagó para protegerse de la filtración de datos, por ejemplo, el dinero gastado en un servicio de monitoreo de crédito. También califica para recibir un reembolso por el dinero que perdió como consecuencia de fraude o robo de identidad, si ese dinero no ha sido reembolsado a través de otra fuente. Esto incluye:

- Pérdidas no reembolsadas relacionadas con el fraude o el robo de identidad.
- Honorarios profesionales, incluidos honorarios de abogados, honorarios de contadores y honorarios por servicios de reparación de crédito.
- Costos asociados con el congelamiento o descongelamiento de crédito ante cualquier agencia de informes de crédito.
- Costos por monitoreo de créditos en los que se haya incurrido en la fecha de la Filtración de Datos o con posterioridad a esta hasta la fecha de presentación del reclamo.
- Gastos de estacionamiento u otros gastos de transporte para traslados a una institución financiera con el fin de abordar cargos fraudulentos o recibir una tarjeta de pago de reemplazo.
- Casos de fraude verificado, por ejemplo, cargos fraudulentos de tarjetas bancarias o de crédito, declaraciones de impuestos fraudulentas, apertura/cierre fraudulento de cuentas bancarias o de crédito, presentaciones por desempleo u otras acciones fraudulentas ejecutadas mediante el uso de su información a causa de la Filtración de Datos; y
- Gastos varios como escribanía, fax, franqueo, fotocopias, combustible para traslados y cargos por llamadas telefónicas a larga distancia.
- Otros gastos que sean razonablemente atribuibles a la Filtración de Datos que no hubieran sido reembolsados.

Estos gastos de bolsillo se deben documentar; debe presentar copias de los documentos que respalden sus reclamos, como recibos u otra documentación. Los documentos “autopreparados”, como los recibos escritos a mano, no contarán como documentación, pero puede enviarlos como aclaración de otros documentos oficiales.

**Cómo completar el Formulario de Reclamo**

El Formulario de Reclamo se puede presentar en línea en **[www.MHSdatasettlement.com](http://www.MHSdatasettlement.com)** o se puede completar y enviar por correo a la dirección que figura a continuación. Por favor, tipee o escriba con letra de imprenta legible toda la información solicitada, en tinta azul o negra. Si lo presenta por correo de EE. UU., envíe su Formulario de Reclamo cumplimentado, incluida la documentación de respaldo, a:

MHS Data Settlement Administrator  
P.O. Box 5144  
Baton Rouge, LA 70821



de la Filtración de Datos. Si selecciona el reembolso por Tiempo Perdido, debe completar los espacios en blanco en esta sección y firmar la certificación a continuación.

Yo \_\_\_\_\_ [Nombre] juro y afirmo que dediqué la cantidad de tiempo mencionada en respuesta a la Filtración de Datos de MHS.

Específicamente, dediqué el siguiente número de horas en respuesta a la Filtración de Datos:

(marque con un círculo una de las opciones)            1                            2                            3                            4

### 3) REEMBOLSO POR GASTOS DE BOLSILLO

Marque esta casilla aquí si elige solicitar el reembolso por **Gastos de Bolsillo** no reembolsados y las pérdidas reclamadas anteriormente no excederán en total los \$5,000.00. Debe proporcionar documentación razonable de los Gastos de Bolsillo reclamados. La documentación autocertificada no será suficiente.

#### **Cómo hacer un reclamo por Gastos de Bolsillo**

Para realizar un reclamo por Gastos de Bolsillo, **debe (i)** completar la siguiente información, o completar los datos en una hoja aparte que presentará junto con el Formulario de Reclamo; (ii) firmar la Certificación al final de este Formulario de Reclamo (sección III) y (iii) incluir documentación razonable que respalde cada pérdida reclamada junto con este Formulario de Reclamo. El Administrador del Acuerdo debe considerar que los Gastos de Bolsillo están relacionados con la Filtración de Datos, basándose en la documentación que usted proporcione y en los hechos de la Filtración de Datos.

**El incumplimiento de los requisitos de esta sección puede dar lugar a que el Administrador del Acuerdo rechace su solicitud.**



<input type="checkbox"/> Otros (proporcione una descripción detallada).	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>  (mm/dd/aa) </div>	<div style="text-align: center;"> \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>  </div>	<i>Proporcione una descripción detallada a continuación o en un documento aparte presentado junto con este Formulario de Reclamo.</i> Su documentación: _____
<input type="checkbox"/> Cargos bancarios o de tarjetas de crédito fraudulentos.	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>  (mm/dd/aa) </div>	<div style="text-align: center;"> \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>  </div>	<i>Ejemplos: estado de cuenta con cargos no autorizados resaltados; correspondencia intercambiada con la compañía de la tarjeta de crédito donde se impugnan los cargos.</i> Su documentación: _____ _____
<input type="checkbox"/> Declaraciones de impuestos fraudulentas.	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>  (mm/dd/aa) </div>	<div style="text-align: center;"> \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>  </div>	<i>Ejemplos: carta de IRS o del estado sobre fraude fiscal en su nombre; factura del contador para volver a presentar la declaración de impuestos.</i> Su documentación: _____ _____
<input type="checkbox"/> Apertura de cuentas bancarias o tarjetas de crédito a su nombre.	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>  (mm/dd/aa) </div>	<div style="text-align: center;"> \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>  </div>	<i>Ejemplos: notificación del banco de una nueva tarjeta de crédito o cuenta; correspondencia intercambiada con el banco sobre el cierre de la cuenta.</i> Su documentación: _____ _____
<input type="checkbox"/> Beneficios del gobierno gozados en su nombre.	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>  (mm/dd/aa) </div>	<div style="text-align: center;"> \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>  </div>	<i>Ejemplos: Notificación del cobro del subsidio de desempleo; correspondencia con el organismo con respecto a ese tema.</i> Su documentación: _____ _____

Si **no presenta** documentación razonable que respalde un reclamo por Gastos de Bolsillo, o su reclamo por un pago de Gastos de Bolsillo es rechazado por el Administrador del Acuerdo por cualquier motivo y usted no subsana el defecto, sólo se considerarán sus reclamos por Tiempo Perdido o Pagos en Efectivo Prorratedos, si se hacen dichos reclamos.

### III. CERTIFICACIÓN

Al enviar este Formulario de Reclamo, certifico que soy elegible para presentar un reclamo de este acuerdo, y que la información proporcionada en este formulario de reclamo y en cualquier anexo es verdadera y correcta. Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo con las leyes de los Estados Unidos de América, que lo anterior es verdadero y correcto. Entiendo que este reclamo puede estar sujeto a auditoría, verificación y revisión del Tribunal y que el Administrador del Acuerdo puede requerir que se complemente este reclamo o que se proporcione información adicional de mi parte. También entiendo que todos los reclamos en virtud de este

Acuerdo están supeditados a la disponibilidad de fondos del acuerdo y que se podrán reducir parcial o totalmente, según el tipo de reclamo y las determinaciones del Administrador del Acuerdo.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_