

Administrador de reclamos de Assistcare
c/o Postlethwaite & Netterville
P.O. Box 5125
Baton Rouge, LA 70821

**Su reclamo debe ser presentado a más
tardar el 22 de mayo de 2023**

Simmons v. Assistcare Home Health Services, LLC
Corte Suprema del Estado de Nueva York, Condado de Kings (Índice N.º 511490/2021)

Formulario de Reclamo

ATENCIÓN: Este Formulario de Reclamo se utilizará para solicitar beneficios monetarios de la resolución de una demanda con The Preferred Home Association (“Preferred Home”). La demanda alega que Preferred Home sufrió un ataque a la ciberseguridad en su red informática entre el 8 de enero y el 10 de enero de 2021, lo que dio como resultado el posible compromiso de la información de identificación personal (“PII”) y la información de salud protegida (“PHI”) de empleados y pacientes actuales o anteriores de Preferred Home (el “Incidente de datos”). Preferred Home niega todas las afirmaciones de la demanda y dice que no hizo nada incorrecto. Para la recuperación como parte de este acuerdo, debe proporcionar la información solicitada en este Formulario de Reclamo para cada reclamo aplicable. **TENGA EN CUENTA** que cualquier documentación que proporcione debe enviarse con este Formulario de Reclamo.

Puede presentar reclamos en cada categoría aplicable a continuación:

(A) El Acuerdo brinda a todos los Miembros del Grupo del Acuerdo y del Subgrupo del Acuerdo la oportunidad de reclamar un

(1) año de membresía de los servicios de monitoreo de crédito de tres oficinas (3B).

(B) Compensación por pérdidas ordinarias atribuibles al Incidente de datos, lo que incluye:

(1) gastos de bolsillo no reembolsados generados como resultado del Incidente de datos, lo que incluye comisiones bancarias, cargos por llamadas de larga distancia, cargos de telefonía móvil (solo si se cobran por minuto), cargos de datos (solo si se cobran según la cantidad de datos usados), franqueo o gasolina para desplazamientos locales;

(2) tarifas no reembolsadas por informes de crédito, monitoreo de créditos u otro producto de seguro contra robo de identidad adquirido entre el 8 de enero de 2021 y el 22 de mayo de 2023; y

(3) reembolso de hasta cuatro (4) horas de tiempo perdido, calculado en \$20/hora, si se dedicó al menos una (1) hora completa a lidiar con el Incidente de datos, siempre que el Miembro del Grupo del Acuerdo certifique que el tiempo perdido reclamado se dedicó a responder a los problemas que generó el Incidente de datos; y

(C) compensación por pérdidas monetarias extraordinarias no reembolsadas comprobadas atribuibles al Incidente de datos, si la

pérdida fue probablemente causada por el Incidente de datos

(4) la pérdida ocurrió entre el 8 de enero de 2021 y el 22 de mayo de 2023;

(5) la pérdida no está ya cubierta por una o varias de las categorías normales de reembolso; y

(6) se hizo un esfuerzo razonable para evitar o buscar el reembolso de la pérdida, incluido, entre otros, el agotamiento de todos los seguros de monitoreo de crédito disponibles y seguros de robo de identidad.

Para obtener más información sobre cada uno, consulte el Aviso.

Si desea presentar un reclamo para un pago del acuerdo electrónicamente, puede ir en línea al Sitio Web del Acuerdo, www.AssistcareDataSettlement.com, y seguir las instrucciones de la página “Submit a Claim” (“Presentar un reclamo”).

Si desea presentar un reclamo para un pago del acuerdo por correo estándar, debe proporcionar la información solicitada a continuación y enviar este Formulario de Reclamo por correo a **PO Box 5125, Baton Rouge, LA 70821, con sello postal hasta el 22 de mayo de 2023** o enviar este Formulario de Reclamo electrónicamente a www.AssistcareDataSettlement.com a más tardar el 22 de mayo de 2023. Escriba en letra de imprenta clara con tinta azul o negra.

Para recibir los beneficios de este acuerdo, **deberá** proporcionar toda la información requerida (*) a continuación y **deberá** firmar este formulario de reclamo. Debe usar este formulario de reclamo solo si enviará su reclamo por correo y no lo presentará en línea. También puede presentar su reclamo en línea en www.AssistcareDataSettlement.com.

1. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DEL COLECTIVO.

<small>*Nombre</small>		<small>Segundo nombre</small>
<small>*Apellido</small>		<small>Sufijo</small>
<small>*Dirección postal: calle y número/P.O. Box (incluya el número de apartamento/oficina/piso)</small>		
<small>*Ciudad</small>	<small>*Estado</small>	<small>*Correo postal</small>
<small>Dirección de correo electrónico actual (opcional)</small>		
<small>*Número de teléfono actual (obligatorio)</small>	<small>*Número de identificación de la demanda del acuerdo (obligatorio)</small>	

Número de identificación de la demanda del acuerdo: puede encontrar el número de identificación de la demanda del acuerdo en el aviso de la tarjeta postal que recibió por correo para informarle sobre este Acuerdo. Si necesita ayuda adicional para localizar este número de identificación, comuníquese con el Administrador del Acuerdo al 1-844-966-4825.

2. INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE PAGOS.

Reclamo A: Monitoreo de crédito

El Acuerdo brinda a todos los Miembros del Grupo del Acuerdo y del Subgrupo del Acuerdo la oportunidad de reclamar un (1) año de membresía de los servicios de monitoreo de crédito de tres oficinas (3B).

Deseo reclamar el monitoreo de crédito ofrecido y afirmo que soy parte del Grupo del Acuerdo o del Subgrupo del Acuerdo.

Proporcione su dirección de correo electrónico a fin de recibir un código para el monitoreo de crédito ofrecido.

Correo electrónico: _____

Reclamo B: Pérdidas Ordinarias - Reembolso de tiempo perdido

Los Miembros del Grupo del Acuerdo pueden recibir una compensación de hasta un total de \$400.00 por persona por Pérdidas Ordinarias, incluidos los gastos y la pérdida de tiempo. El tiempo perdido puede incluir hasta 4 horas, a \$20.00 por hora, de tiempo dedicado a lidiar con el Incidente de datos.

Si elige obtener un reembolso por el tiempo personal para abordar los problemas que surgieron del Incidente de datos a fin de tratar de prevenir, detectar, impugnar, remediar o reparar los daños relacionados como resultado del Incidente de datos, complete lo siguiente:

Doy fe de que dediqué tiempo personal a responder los problemas generados por el Incidente de datos.

1 hora

2 horas

3 horas

4 horas

Reclamo B: Pérdidas Ordinarias - Reembolso de gastos

Para obtener el reembolso de esta categoría, debe realizar una o más de las siguientes afirmaciones, si corresponde:

- Se me generaron pérdidas ordinarias no reembolsadas relacionadas con gastos de bolsillo no reembolsados generados como resultado del Incidente de datos, lo que incluye comisiones bancarias, cargos por llamadas de larga distancia, cargos de telefonía móvil (solo si se cobran por minuto), cargos de datos (solo si se cobran según la cantidad de datos usados), franqueo o gasolina para desplazamientos locales.
- Se me generaron tarifas no reembolsadas por informes de crédito, monitoreo de créditos u otro producto de seguro contra robo de identidad adquirido entre el 8 de enero de 2021 y el 22 de mayo de 2023.

Monto total de las Pérdidas Ordinarias: \$_____

Proporcione una descripción de cada gasto o pérdida que se reclama, la fecha de la pérdida, el monto en dólares de la pérdida y el tipo de documentación de respaldo que presentará para respaldar la pérdida.

Debe proporcionar TODA esta información para que se procese este reclamo.

Reclamo B: Pérdidas Ordinarias - Gastos de bolsillo e informes de crédito, monitoreo de crédito u otros Reembolso del producto del seguro contra robo de identidad			
Los Miembros del Grupo del Acuerdo pueden recibir una compensación de hasta un total de \$400.00 por persona por Pérdidas Ordinarias, incluidos los gastos y la pérdida de tiempo.			
Descripción del gasto	Fecha	Importe	Documentación de respaldo
Ejemplos: Informes de crédito solicitados	05/01/2021	\$30.00	Copia de la factura/estado de cuenta
Informes policiales enviados por correo a un proveedor privado	05/01/2021	\$5.00	Copia del recibo de la Oficina de Correos de los Estados Unidos
TOTAL (se puede reclamar un máximo de \$400.00, lo que incluye el tiempo perdido)			
Enumere cualquier gasto adicional en una hoja separada y envíela con este Formulario de Reclamo.			
Si no proporciona la documentación adecuada, dará lugar a un retraso en el procesamiento y puede hacer que se deniegue su reclamo.			

3. FIRME Y FECHA SU FORMULARIO DE RECLAMO.

Entiendo que mi Reclamo y la información proporcionada anteriormente estarán sujetas a verificación.

Mediante el envío de este Formulario de Reclamo, certifico y declaro que la información proporcionada en este Formulario de Reclamo es verdadera y correcta y que este formulario se completó en la fecha establecida a continuación. Además, certifico que cualquier documentación que he presentado en respaldo de mi reclamo consiste en documentos inalterados en mi poder.

Firma

Nombre en letra de imprenta

Fecha

4. LISTA DE VERIFICACIÓN A MODO DE RECORDATORIO

1. Para sus registros personales, conserve copias del formulario de reclamo completado y la documentación entregada.
2. Si cambia de dirección o tiene que hacer alguna corrección en la dirección que indica en este Formulario de Reclamación, visite el sitio web del Acuerdo www.AssistcareDataSettlement.com y llene el formulario de Actualización de la información de contacto o envíe por escrito una notificación de su nueva dirección. Asegúrese de incluir el número de identificación de la demanda del acuerdo y su número de teléfono por si es necesario contactarlo para completar su solicitud.
3. Visite el sitio web del acuerdo, www.AssistcareDataSettlement.com, o llame al Administrador de Reclamos al **1-844-966-4825** para obtener más información. No contacte al Tribunal ni al Secretario del Tribunal para pedirles más información.
4. Debe enviar este formulario de reclamo por correo estampillado a más tardar el **22 de mayo de 2023** a: Assistcare Claims Administrator, c/o Postlethwaite & Netterville, P.O. Box 5125, Baton Rouge, LA 70821.