

Debe ser recibido por internet o por correo con sello postal fechado a más tardar el 8 de noviembre de 2019.

USC STUDENT HEALTH CENTER SETTLEMENT  
C/O JND LEGAL ADMINISTRATION  
P.O. BOX 91233  
SEATTLE, WA 98111-9333  
[WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM](http://WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM)

**USC**

Usted puede enviar su Formulario de declaración de Integrante del Grupo de la Conciliación en línea a [www.USCTyndallSettlement.com](http://www.USCTyndallSettlement.com)

## FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE INTEGRANTE DEL GRUPO DE LA CONCILIACIÓN



Si usted recibió un Aviso de conciliación por correo postal o correo electrónico que contenga un número de identificación de reclamante, usted no necesita completar este Formulario.

Si usted no recibió un Aviso de Conciliación por correo postal o correo electrónico que contenga un número de identificación de reclamante, usted deberá completar este Formulario si fue una paciente del Dr. George Tyndall en el Centro de Salud para los Estudiantes de la Universidad de California del Sur ("USC") en cualquier momento entre el 14 de agosto de 1989 y el 21 de junio de 2016 y está reclamando ser reconocida como Integrante del Grupo de la Conciliación.

**ESTE NO ES UN FORMULARIO DE RECLAMO. SI USTED DESEA ENVIAR UN RECLAMO DE NIVEL 2 O NIVEL 3, DEBE COMPLETAR UN FORMULARIO DE RECLAMO, disponible en [www.USCTyndallSettlement.com](http://www.USCTyndallSettlement.com).**

### PARTE A. INFORMACIÓN SOBRE LA RECLAMANTE

(Por favor complete las secciones 1 a 10 a continuación)

<b>1. NOMBRE DE LA RECLAMANTE:</b>	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido
<b>2. NOMBRE ANTERIOR O NOMBRE DE SOLTERA (NOMBRE DE ESTUDIANTE):</b>			
<b>3. FECHA DE NACIMIENTO:</b>	_____	_____	_____
	Mes	Día	Año

¿PREGUNTAS? LLAME AL NÚMERO GRATUITO 1-888-663-1718 (EE. UU. Y CANADÁ), +1-800-953-0227 (MÉXICO), +800-666-64001 (INTERNACIONAL), 1-080-0140-2826 (CHINA MOBILE SUR), 1-080-0714-2807 (CHINA MOBILE NORTE), CORREO ELECTRÓNICO [INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM](mailto:INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM), O VISITE [WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM](http://WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM).

<p><b>4. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CONTRIBUYENTE O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE EXTRANJERO (SI NO ES CIUDADANA ESTADOUNIDENSE):</b></p>	<p>_____ - _____ - _____ 0          _____</p>						
<p><b>5. DIRECCIÓN ACTUAL:</b></p>	<p>Dirección física (incluyendo número de unidad/apartamento, si corresponde)</p> <hr/> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; padding: 2px;">Ciudad</td> <td style="width: 30%; padding: 2px;">Estado/provincia</td> <td style="width: 30%; padding: 2px;">Código postal</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">País</td> </tr> </table>	Ciudad	Estado/provincia	Código postal	País		
Ciudad	Estado/provincia	Código postal					
País							
<p><b>6. NÚMERO DE TELÉFONO:</b></p>	<p>(_____) - (_____) - _____ - _____  <small>Código de país (si está fuera de los Estados Unidos)      Código de área      Número</small></p>						
<p><b>7. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:</b></p>							
<p><b>8. FECHAS INSCRITAS EN USC:</b></p>	<p>Desde: _____ hasta: _____  <small>Mes y año    Mes y año</small></p> <p>Escuela/departamento:          _____</p>						
<p><b>9. ¿EL INGLÉS ES SU IDIOMA MATERNO?</b></p>	<p>Sí: <input type="checkbox"/>    No: <input type="checkbox"/></p>						
<p><b>10. SI RESPONDIÓ “NO” A LA PREGUNTA 9, ¿CUÁL ES SU IDIOMA MATERNO/NATIVO?</b></p>	<p>_____</p>						

¿PREGUNTAS? LLAME AL NÚMERO GRATUITO 1-888-663-1718 (EE. UU. Y CANADÁ), +1-800-953-0227 (MÉXICO), +800-666-64001 (INTERNACIONAL), 1-080-0140-2826 (CHINA MOBILE SUR), 1-080-0714-2807 (CHINA MOBILE NORTE), CORREO ELECTRÓNICO [INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM](mailto:INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM), O VISITE [WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM](http://WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM).

## PARTE B. DECLARACIÓN DE LA RECLAMANTE

(Por favor llene las fechas y casillas de verificación correspondientes a continuación)

Durante el período comprendido entre el **14 de agosto de 1989 y el 21 de junio de 2016**, fui evaluada para tratamiento por el Dr. George Tyndall en el Centro de Salud para Estudiantes de la Universidad de California del Sur (a) para Afecciones de salud femeninas, o (b) cuyo tratamiento del Dr. George M. Tyndall incluyó un examen realizado por él de mis senos o áreas genitales, o (c) cuyo tratamiento incluyó la toma de fotografías o cintas de video de mi cuerpo desnudo o parcialmente desvestido. Las "Afecciones de salud femeninas" incluyen, entre otros, cualquier afección relacionada con los senos, vagina, tracto urinario, intestino, afecciones ginecológicas o de salud sexual, incluida la anticoncepción y fertilidad. Una lista de Afecciones de salud femeninas elegibles está disponible en el sitio web del Conciliación en [www.USCTyndallSettlement.com](http://www.USCTyndallSettlement.com).

Por lo tanto, por este medio afirmo ser una Integrante del Grupo de la Conciliación del Centro de Salud para Estudiantes de la USC.

Específicamente, mi visita(s) al Dr. Tyndall ocurrió en o aproximadamente en la(s) siguiente(s) fecha(s):

\_\_\_\_\_

Mes/Día/Año

\_\_\_\_\_

Mes/Día/Año

\_\_\_\_\_

Mes/Día/Año

\_\_\_\_\_

Mes/Día/Año

1.  Yo era una estudiante de licenciatura o posgrado en la USC en el momento de (al menos una de) las visitas antes mencionadas.

**Si usted marcó la casilla "1", por favor suministre su número de identificación de estudiante de la USC a continuación (en caso de que lo conozca):**

\_\_\_\_\_

Número de identificación de la USC

2.  Yo no era estudiante en la USC al momento de (cualquiera de las) la(s) visita(s) antes mencionada.

**Si usted marcó la casilla "2", por favor, describa a continuación las circunstancias por las cuales usted asistió para ser tratada en el Centro de Salud para Estudiantes de USC:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nota para las reclamantes:** El Administrador de la Conciliación puede ponerse en contacto con usted para solicitar información adicional a fin de verificar su elegibilidad, si es necesario.

¿PREGUNTAS? LLAME AL NÚMERO GRATUITO 1-888-663-1718 (EE. UU. Y CANADÁ), +1-800-953-0227 (MÉXICO), +800-666-64001 (INTERNACIONAL), 1-080-0140-2826 (CHINA MOBILE SUR), 1-080-0714-2807 (CHINA MOBILE NORTE), CORREO ELECTRÓNICO [INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM](mailto:INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM), O VISITE [WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM](http://WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM).

## PARTE C. FIRMA DE LA RECLAMANTE

(Usted debe escribir en letra de imprenta su nombre completo, firmar y fechar en las líneas a continuación)

Al firmar a continuación, declaro bajo pena de perjurio que (1) la totalidad de la información suministrada en el presente Formulario de declaración de Integrante del Grupo de la Conciliación es verdadera y completa a mi leal saber y entender; (2) que no objeto ninguna divulgación resultante ni la resolución de cualquier posible Gravamen en mi nombre; y (3) entiendo que toda información falsa o engañosa puede dar como resultado el rechazo de mi Reclamo.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre completo en letra de imprenta (primer nombre, segundo nombre y apellido)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha (mes/día/año)

Usted puede presentar este Formulario de declaración de Integrante del Grupo de la Conciliación por correo postal al Administrador de la Conciliación en el caso titulado USC Student Health Center Settlement, c/o JND Legal Administration, P.O. Box 91233, Seattle, WA 98111-9333 o podrá presentar este formulario en línea a través del sitio web de la Conciliación [www.USCTyndallSettlement.com](http://www.USCTyndallSettlement.com).

Su formulario completado debe ser presentado en línea o por correo con sello postal fechado **a más tardar el 8 de noviembre de 2019**.

¿PREGUNTAS? LLAME AL NÚMERO GRATUITO 1-888-663-1718 (EE. UU. Y CANADÁ), +1-800-953-0227 (MÉXICO), +800-666-64001 (INTERNACIONAL), 1-080-0140-2826 (CHINA MOBILE SUR), 1-080-0714-2807 (CHINA MOBILE NORTE), CORREO ELECTRÓNICO [INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM](mailto:INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM), O VISITE [WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM](http://WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM).