

必須使我們在 2019 年 11 月 8 日前線上或郵寄方式收到。

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

USC

您可以在 www.USCTyndallSettlement.com 網站上提交您的索賠表格

2 級和 3 級索賠表格

一般說明

在進行之前請查看以下說明：

請注意，您可以提出 2 級或 3 級索賠，但不能同時提出。

在決定是提出 2 級還是 3 級索賠時，請注意以下事項：

- 要提出 2 級或 3 級索賠，您必須在下面描述您的經歷，以及它對您的影響。
- 要提出 3 級索賠，您還需要接受小組專家的面談。
- 可賠償的 2 級索賠將獲得不少於 7,500 美元到不多於 20,000 美元的賠償（須按比例調整）；
- 可賠償的 3 級索賠將獲得不少於 7,500 美元到不多於 250,000 美元的賠償（須按比例調整）。然而，如果您拒絕參加面談，則您在任何情況下都不能獲得超過 7,500 美元至 20,000 美元的 2 級索賠的賠償。

如果您希望提交 2 級或 3 級索賠，請填寫 A、C、D、E、F 部分，並在 G 部分簽名。

只有在由律師代表您的情況下，您才必須填寫 B 部分。

請注意，如果您是集體成員，則您有資格獲得保證的最低 1 級付款，無論您提出的是 2 級還是 3 級索賠。更多資訊請訪問和解網站 www.USCTyndallSettlement.com。

本索賠表格也可以在 www.USCTyndallSettlement.com 網站上線上填寫。

有疑問？撥打免費電話 1-888-663-1718（美國和加拿大），+1-800-953-0227（墨西哥），+800-666-64001（國際），1-080-0140-2826（中國移動南方），1-080-0714-2807（中國移動北方），電郵 INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM，或訪問 WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM。

9. 治療日期 (若不是 USC 學生) :	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">(月/日/年)</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">(月/日/年)</td> </tr> </table>	_ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	(月/日/年)	_ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	(月/日/年)
_ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					
(月/日/年)					
_ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					
(月/日/年)					
10. 英語是否是您的第一語言?	是: <input type="checkbox"/> 否: <input type="checkbox"/>				
11. 如果您對問題 10 回答「否」, 那麼您的母語是什麼?					

B 部分: 律師資訊

如果您由律師代表, 請在此處 B 部分中輸入該律師的資訊 (只有在您簽署了聘請該律師的代理協定或合同後, 您才由該律師代表)。如果您沒有律師代表, 則跳過這一部分。

1. 律師姓名:	名字	中間名	姓氏	後綴							
2. 律師事務所名稱:											
3. 律師事務所郵寄地址:	地址 1										
	地址 2										
	城市										
	州/省										
	郵編	國家/地區									
4. 律師電話:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">(_ _ _ _) - (_ _ _ _) - _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">國家/地區代碼</td> <td style="border: none; text-align: center;">區域代碼</td> <td style="border: none; text-align: center;">編號</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">(若在美國之外)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				(_ _ _ _) - (_ _ _ _) - _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	國家/地區代碼	區域代碼	編號	(若在美國之外)		
(_ _ _ _) - (_ _ _ _) - _ _ _ _ _ _ _ _ _ _											
國家/地區代碼	區域代碼	編號									
(若在美國之外)											
5. 律師電郵地址:											

有疑問? 撥打免費電話 1-888-663-1718 (美國和加拿大), +1-800-953-0227 (墨西哥),
 +800-666-64001 (國際), 1-080-0140-2826 (中國移動南方), 1-080-0714-2807 (中國移動北方),
 電郵 INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM, 或訪問 WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM。

C 部分：索賠選擇

請選擇以下兩種索償選項之一：

- 2 級索賠**（我選擇只填寫此索賠表格以提供資料，並明白這可能令我有資格獲得 7,500 美元至 20,000 美元賠償。）
- 3 級索賠**（我選擇填寫此索賠表格以及參加面談來提供資料，並明白這可能令我有資格獲得 7,500 美元至 250,000 美元賠償。）

D 部分：在 USC 接受 Tyndall 醫生的治療

請填妥以下資料。您可以用額外的紙來描述您的經歷。

如果您需要或需要任何說明來填寫這張索賠表，法院已經指定了律師代表集體成員，這些律師可以免費為您提供幫助。撥打 1-888-663-1718，選擇選項 8，或通過電郵 ClassCounsel@USCTyndallSettlement.com。

對於由 George Tyndall 給您看診的每個日期，請回答以下問題。請盡可能具體。如果可以，請注明預約的日期、月份和年份。如果您記不起月份，請試著回憶一年中哪個季節（秋、冬、春、夏）。如有需要，請附上額外的紙張來描述其他就診。

就診 1

1. 日期：

□ □ / □ □ / □ □ □ □ □ □
(月/日/年)

2. 地點：

3. 這是否是您第一次去看婦科醫生？

是： 否：

4. 您安排預約的原因：

有疑問？撥打免費電話 1-888-663-1718（美國和加拿大），+1-800-953-0227（墨西哥），+800-666-64001（國際），1-080-0140-2826（中國移動南方），1-080-0714-2807（中國移動北方），
電郵 INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM，或訪問 WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM。

5. 您對這個預定的或未預訂的預約的結果有什麼期望？

6. 是不是發生了什麼不同的事情？如果是，發生了什麼？

7. 請描述您與學生健康中心前臺工作人員在您安排預約時就 Tyndall 醫生所進行的任何討論：

8. 您在哪裡見到 Tyndall 醫生（例如，在他的辦公室、檢查室等）？

請回答以下問題，描述您與 Tyndall 醫生的會面過程。

如果您需要或需要任何說明來填寫這張索賠表，法院已經指定了律師代表和解集體成員，這些律師可以免費為您提供幫助。撥打 1-888-663-1718，選擇選項 8，或通過電郵 ClassCounsel@USCTyndallSettlement.com。

請盡可能詳細地描述 Tyndall 醫生對您的身體檢查，包括您對他的檢查過程的回憶（如果適用的話）。

9. 您是否被要求脫下衣服？

是： 否：

10. 如果您在上面回答「是」，您是部分脫衣還是完全脫衣？

部分

完全

11. 如果是，您在該要求發生時是如何反應的？

12. 如果是，您現在對它有什麼感受？

13. Tyndall 醫生讓您脫衣服時，說的理由是什麼？

14. Tyndall 醫生是否問過您什麼奇怪的問題？ Tyndall 醫生是否對您的身體有什麼不專業的評論？ 如果是這樣，請盡可能詳細地描述您能準確回憶起的細節。

15. 請盡您所能描述 Tyndall 醫生所作的任何討論、評論或陳述。包括 Tyndall 醫生在檢查前、檢查中或檢查後說過的話，尤其是如果這些話看起來帶有貶義、冒犯性、騷擾性，或者讓您感到不舒服的話。

16. 請描述 Tyndall 醫生提供的任何口頭陳述或其他使用手勢、照片或與所謂性教育有關的設備的演示，或對女性或男性解剖結構的描述。這可能包括避孕指導。

17. 請描述 Tyndall 醫生向您展示或提供的任何材料（如果適用的話）。

18. 在接受檢查的過程中，您身體的任何部位是否受到了讓您感到不舒服的撫摸或觸摸，包括但不限於胳膊、腿、乳房、頭髮或其他部位？

19. 請提供 Tyndall 醫生給您開的任何處方的詳細資訊，無論您是要求開這些處方，還是沒有您的要求就開了這些處方，以及 Tyndall 醫生所述的處方用途（如果適用的話）。

20. 請描述 Tyndall 醫生給您的任何診斷或隨訪建議，以及他的解釋。

21. Tyndall 醫生是否發表過任何不恰當的性評論（例如，可能讓您感到不舒服的性評論，或者您認為可能不恰當的性評論，或者懷疑可能在醫學上沒有必要的性評論）？

是： 否：

22. 如果是，請描述任何此類評論。那件事發生時您感覺如何？

23. 如果是，您現在對它有什麼感受？

24. Tyndall 醫生是否以手指方式，即他的一個或多個手指插入您的陰道？

是： 否：

25. 如果是，那麼那件事發生時您感覺如何？

26. 如果是，您現在對它有什麼感受？

27. Tyndall 醫生在用手指插的時候，他的手指是否是進進出出移動？

是： 否：

28. 如果是，您在這件事發生時是如何反應的？

29. 如果是，您現在對發生的事有何感受？

30. Tyndall 醫生是否插入您的肛門？

是： 否：

31. 如果是，那麼那件事發生時您感覺如何？

32. 如果是，您現在對它有什麼感受？

33. 就診期間，是否還有其他人與您和 Tyndall 醫生一起在場？

是： 否：

34. 如果是，（在您的記憶中）那個人是誰？

35. 請詳細描述（在您的記憶中）這個人在這次就診中所扮演的角色。

36. 請詳細描述（在您的記憶中）Tyndall 醫生與這個人的任何討論。

37. 請詳細描述（在您的記憶中）您和這個人就 Tyndall 醫生或您的就診所進行的任何互動或討論。

38. 請描述您在與 Tyndall 醫生的預約結束後，在學生健康中心與任何人進行的任何與您與 Tyndall 醫生的經歷可能存在的任何擔憂或問題的討論。

39. 您什麼時候第一次覺得您上面描述的行為是不合適的（例如，讓您感到不舒服，或者您認為可能是不合適的，或者懷疑可能在醫學上是不必要的）？

40. 您是否告訴過任何人您認為不合適的行為（包括父母、親戚、朋友、律師和執法機關）？

是： 否：

41. 如果是，您告訴了誰？

42. 如果是，您說了什麼？

43. 如果是，您是何時告訴這個人或其他人這些不合適的行為？

如果您有其他就診，則對於您與 Tyndall 醫生的每一次額外的預約，請使用單獨的紙張回答相同的問題。

有疑問？ 撥打免費電話 1-888-663-1718（美國和加拿大）， +1-800-953-0227（墨西哥），
+800-666-64001（國際）， 1-080-0140-2826（中國移動南方）， 1-080-0714-2807（中國移動北方），
電郵 INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM， 或訪問 WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM。

E 部分：行為的影響

1. 描述一下您在與 Tyndall 醫生的預約期間的感受。請盡可能詳細地包含您當時的身體疼痛或不適，以及您當時的精神或情感感受或痛苦，以及原因。

2. 在您與 Tyndall 醫生的預約之後，請描述到目前為止，與您與他的互動有關的任何精神或情感上的痛苦，或身體上的疼痛或不適。描述一下您什麼時候開始有這種感覺，持續了多久。

有疑問？ 撥打免費電話 1-888-663-1718（美國和加拿大），+1-800-953-0227（墨西哥），
 +800-666-64001（國際），1-080-0140-2826（中國移動南方），1-080-0714-2807（中國移動北方），
 電郵 INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM，或訪問 WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM。

3. 描述任何情感上的痛苦或身體上的疼痛或不適是如何影響您並隨著時間的推移而改變的，包括它如何影響您的戀愛關係和社交功能、工作功能，或日常生活的其他重要方面，包括睡眠、洗澡、易怒、注意力集中、飲食等等。

4. 在去找 Tyndall 醫生就診之前，您是否有過任何您認為構成不適當性行為或虐待的經歷？如有，請描述。

如果您需要或需要任何說明來填寫這張索賠表，法院已經指定了律師代表和解集體成員，這些律師可以免費為您提供幫助。撥打 1-888-663-1718，選擇選項 8，或通過電郵 ClassCounsel@USCTyndallSettlement.com。

有疑問？ 撥打免費電話 1-888-663-1718（美國和加拿大），+1-800-953-0227（墨西哥），
+800-666-64001（國際），1-080-0140-2826（中國移動南方），1-080-0714-2807（中國移動北方），
電郵 INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM，或訪問 WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM。

5. 您是否曾因上述傷害或情緒困擾向任何醫療專業人士尋求輔導？

是： 否：

如果是，請在下面描述。沒有您的允許，我們將不會聯繫下面列出的任何人。

日期（即使是近似日期）：

|_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|
(月/日/年)

|_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|
(月/日/年)

|_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|
(月/日/年)

專業人士姓名：

治療性質：

6. 您是否曾因上述傷害或情緒困擾向任何醫療專業人士尋求其他治療？

是： 否：

如果是，請在下面描述。沒有您的允許，我們將不會聯繫下面列出的任何人。

日期（即使是近似日期）：

|_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|
(月/日/年)

|_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|
(月/日/年)

|_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|
(月/日/年)

專業人士姓名：

治療性質：

7. 如果您因 Tyndall 醫生的治療造成的傷害或情緒困擾而產生任何費用，請詳細列出這些費用，並在可能的情況下提供支援檔的副本。

8. 請提供任何您認為相關的或者小組應該知道的額外資料：

2. MEDICAID

1. 如果您目前正在註冊一個州的 Medicaid 計畫，請提供以下資料：

醫療 ID 編號： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

簽發州： | | | |

註冊加入日期： | | | | / | | | | / | | | | | | | |
(月/日/年)

2. 如果您曾在任何時候註冊參加過任何其他州的 Medicaid 計畫，則提供以下資料：

醫療 ID 編號： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

簽發州： | | | |

註冊加入日期： | | | | / | | | | / | | | | | | | |
(月/日/年)

3. 退伍軍人事務部、TRICARE 或印第安人健康服務

如果您現在註冊，或者曾經註冊參加過以下任何一個計畫，則提供關於每項計畫的必要的資料：

退伍軍人事務部的醫療保健或處方藥福利

索賠數量：

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

註冊加入日期： | | | | / | | | | / | | | | | | | | 結束日期 | | | | / | | | | / | | | | | | | |
(月/日/年) (月/日/年)

分支： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

主辦方： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

主辦方 SSN： | | | | | | - | | | | | | - | | | | | |

部落： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

治療地點： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

有疑問？撥打免費電話 1-888-663-1718（美國和加拿大），+1-800-953-0227（墨西哥），
+800-666-64001（國際），1-080-0140-2826（中國移動南方），1-080-0714-2807（中國移動北方），
電郵 INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM，或訪問 WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM。

4. 其他政府付款人

如果您有權從任何聯邦、州或其他政府機構、機構、部門、計畫、專案或管理、資金、支付、合同或提供上述未列明的醫療計畫、服務和/或處方藥的實體獲得醫療物品、服務和/或處方藥，請提供以下資訊：

計畫/實體名稱：

投保人姓名：

保單號碼：

計畫/實體承保的醫療疾病：

5. 私人醫療保險

如您曾接受由私人醫療保險計畫承保的針對上述傷害的醫學治療，請就每項計畫提供下列資料：

計畫/實體名稱：

投保人姓名：

保單號碼：

計畫/實體承保的醫療疾病：

有疑問？撥打免費電話 1-888-663-1718（美國和加拿大），+1-800-953-0227（墨西哥），+800-666-64001（國際），1-080-0140-2826（中國移動南方），1-080-0714-2807（中國移動北方），
電郵 INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM，或訪問 WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM。

6. 其他留置權

1. 您是否知道對您的索賠賠償可以主張的潛在留置權？

是： 否：

「留置權」包括任何性質的產生了拒絕支付索賠的法律義務的留置權、抵押、償付請求、質押、押記、擔保權益或其他法律負擔。

2. 如果是，請在下面描述此類留置權。

G 部分：簽名

通過在下方簽名，本人願在接受偽證罪處罰的情況下聲明：(1) 據本人所知，本索賠表及任何附件中提供的所有資訊均真實完整；(2) 本人授權和解管理人根據和解協定與本索賠表中指定的醫療保險提供者聯繫，並且本人不反對由此產生的任何披露或代表本人解決任何潛在留置權；並且 (3) 本人明白，虛假或誤導的資訊可能導致本人的索賠被拒絕。

簽名

打印體全面（名字、中間名與姓氏）

|_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|
日期（月/日/年）

若要提交 2 級或 3 級索賠，您可填妥這份硬拷貝索賠表，並將其郵寄至和解管理人，地址是 USC Student Health Center Settlement, c/o JND Legal Administration, P.O. Box 91233, Seattle, WA 98111-9333，或者您可通過和解網站 www.USCTyndallSettlement.com 在線提交您的索賠。

有疑問？撥打免費電話 1-888-663-1718（美國和加拿大），+1-800-953-0227（墨西哥），
+800-666-64001（國際），1-080-0140-2826（中國移動南方），1-080-0714-2807（中國移動北方），
電郵 INFO@USCTYNDALLSETTLEMENT.COM，或訪問 WWW.USCTYNDALLSETTLEMENT.COM。