

Solis v Highline School District No. 401
c/o CPT Group, Inc.
PO Box 19504
Irvine, CA 92623

**Su Forma de Reclamo Debe Ser
Presentada En o Antes del 20 de abril
del 2026**

***Y.G.R., V.G.R., minors by and through their parent and guardian ANA G.
ROBLES SOLIS, individually and on behalf of all others similarly situated v.
Highline School District NO. 401***

En la Corte Superior del Estado de Washington, Condado de King
(Caso No. 25-2-11395-7 SEA)

Forma de Reclamo

Esta forma de reclamo debe ser llenada por complete en línea o presentado por correo postal si usted fue notificado del Incidente de Datos del septiembre del 2024 (el “Incidente de Seguridad de Datos”) que ocurrió en Distrito Escolar de Highline No. 401 (“Highline”). Los beneficios pueden incluir: (i) hasta \$5,000 en reembolsos por pérdidas documentadas fuera de su propio bolsillo; y (ii) si, después de pagar todos los demás gastos y beneficios, permanecen fondos en el Fondo del Acuerdo, dichos fondos se distribuirán sobre la base *proporcional* a todos aquellos que hayan completado y enviado oportunamente esta forma de reclamo y hayan solicitado ese beneficio, si el acuerdo es aprobado y si se determina que son elegibles para un pago u otro beneficio.

El aviso del acuerdo describe sus derechos y opciones legales. Por favor, visite el sitio web oficial de administración del acuerdo, www.hsddataincident.com, o llame al 1-888-468-0613 para obtener más información. The settlement notice describes your legal rights and options.

Si usted desea presentar un reclamo para un pago del acuerdo, por favor proporcione la información solicitada a continuación. Por favor escriba claramente con tinta azul o negra. Esta forma de reclamo debe ser enviada por correo y tener el sello postal antes del 20 de abril del 2026.

PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DE ESTE ACUERDO, USTED DEBE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA (*) A CONTINUACIÓN Y DEBE FIRMAR ESTA FORMA DE RECLAMO. ESTA FORMA DE RECLAMO SOLO DEBE UTILIZARSE SI UN RECLAMO SE ENVÍA POR CORREO Y NO SE PRESENTA EN LÍNEA. USTED TAMBIÉN PUEDE PRESENTAR SU RECLAMO EN LÍNEA EN WWW.HSDDATAINCIDENT.COM.

1. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DE LA CLASE.

Primer Nombre *																								Inicial del Segundo Nombre	
Apellido*																								Suffix	
Dirección Principal																									
Apto/Piso/Suite																									
Ciudad*																		Estado*		Código Postal*					
Correo Electrónico Actual*																									
Número de Teléfono Actual												CPT ID*													

Su CPT ID está impreso en el aviso que recibió por correo. Si ya no tiene el aviso, comuníquese con el Administrador de Reclamos en 1-888-468-0613.

2. INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA EL PAGO.

Por favor, revise el aviso y el párrafo 2..2.1 de la Resolución del Acuerdo para obtener más información sobre quién tiene derecho a recibir un pago y la naturaleza de los gastos o pérdidas que pueden ser reclamados.

Por favor, proporcione toda la información que pueda para ayudarnos determinar si tiene derecho a un pago del acuerdo o otros beneficios.

POR FAVOR PROPORCIONE LA INFORMACIÓN QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN:

Para hacer un reclamo por las pérdidas fuera de su bolsillo incurridas como resultado del Incidente de Seguridad de Datos, por favor marque la casilla que indica que desea hacer un reclamo. Por favor, asegúrese de llenar la cantidad total que está reclamando y adjuntar la documentación de tercera parte de los cargos como se describe en negrita. Si se le pide que proporcione estados de cuenta como parte de la prueba requerida para cualquier parte de su reclamo, usted puede marcar cualquier transacción no relacionada si lo desea.

Si, después de que se apruebe el acuerdo y se paguen todos los demás gastos y beneficios, permanecen fondos en el Fondo del Acuerdo, dichos fondos se distribuirán sobre la base proporcional a todos aquellos que hayan presentado oportunamente esta forma de reclamo y hayan indicado que desean recibir un pago en efectivo *proporcional*. Usted puede presentar un reclamo por las pérdidas documentadas fuera de su bolsillo o el pago en efectivo *proporcional*.

☐ **Yo deseo presentar un reclamo por las pérdidas fuera de su bolsillo incurridas como resultado del Incidente de Seguridad de Datos. Yo entiendo que debo proporcionar una descripción de los cargos que se reembolsarán y que puedo presentar un reclamo por uno o ambos reembolsos por pérdidas fuera de su bolsillo documentadas por terceros y/o el pago en efectivo *proporcional*.**

Usted debe proporcionar documentación de apoyo. **Ejemplos** – pérdidas no reembolsadas relacionados al fraude o robo de identidad, comisiones bancarias, cargos por llamadas de larga distancia, cargos por teléfono móvil (si se cobran por minuto), cargos por datos (si se cobran sobre la base de la cantidad de datos utilizados), gastos de envío o gasolina/electricidad para viajes; comisiones por informes de crédito, monitoreo de crédito u otros seguros contra robo de identidad, obtenidos entre el 7 de septiembre del 2024 y el 20 de abril del 2026.

Cantidad total para esta categoría: \$

--	--	--	--	--	--

Tipos de Gastos	Cantidad Aproximada del Gasto y Fecha	Descripción del Gasto o Dinero Pagado y Documentos de Apoyo (Identifique lo que está adjuntando y por qué está relacionado con el Incidente de Seguridad de Datos)
	\$ Fecha:	<div></div> <div></div> <div></div>
	\$ Fecha:	<div></div> <div></div> <div></div>
	\$ Fecha:	<div></div> <div></div> <div></div>

Si usted está solicitando el reembolso de gastos pagados de su bolsillo, por favor adjunte una copia del estado de cuenta o recibo de la compañía que le cobró, en el que se indique la cantidad de los gastos incurridos.

Usted puede marcar cualquier transacción que no sea relevante para su reclamo antes de enviar la documentación.

☐ Yo deseo presentar un reclamo para el pago en efectivo *proporcional*. Yo entiendo que puedo presentar un reclamo para el reembolso de las pérdidas documentadas fuera de su bolsillo y/o el pago en efectivo *proporcional*.

3. FIRME Y FECHESU FORMA DE RECLAMO.

Yo declaro, conforme a las leyes de los Estados Unidos y las leyes de mi Estado de residencia, que la información proporcionada en esta forma de reclamo es verdadera y correcta según mi leal saber y entender, y que esta forma fue llenada por completo en la fecha establecida a continuación. Entiendo que el Administrador de Reclamos puede pedirme información adicional antes de que mi reclamo sea considerado completo y válido.

Firma

Escrito en Letra

Fecha

4. LISTA DE VERIFICACIÓN DE RECORDATORIO

1. Conserve copias de la Forma de Reclamo completa y la documentación para sus propios registros.
2. Si su dirección cambia o necesita hacer una corrección a la dirección en esta forma de reclamo, por favor envíe un correo electrónico a hsddataincident@cptgroup.com para actualizar su dirección y asegúrese de incluir su CPT ID y su número de teléfono en caso de que necesitemos contactarlo para completar su solicitud.
3. Si necesita adjuntar documentación adicional con su presentación de reclamo, por favor envíe un correo electrónico a hsddataincident@cptgroup.com para proporcionar estos documentos.
4. Para obtener más información, por favor visite el sitio web de la administración del acuerdo en www.hsddataincident.com, o llame al Administrador del Acuerdo al 1-888-468-0613. Por favor, no llame a la Corte o al Secretario de la Corte.