



el número de reclamante de nueve dígitos.  
Si todavía no posee un número de reclamante, no responda esta pregunta.

**4. No puede exigir una compensación por pérdidas económicas que se relacione a cualquier empleo en las industrias a continuación. Marque la casilla a continuación que aplique para el empleador de cualquier empleo que tenga actualmente o que haya tenido en el pasado. Marque todas las casillas que correspondan:**

- (a) Instituciones financieras.
- (b) Fondos, compañías fiduciarias u otras empresas financieras.
- (c) Juegos.
- (d) Seguros.
- (e) Industria de petróleo y gas.
- (f) Contratistas y subcontratistas de defensa.
- (g) Desarrollo inmobiliario.
- (h) Venta o comercialización de combustible de la marca BP en cualquier momento entre el 20 de abril de 2010 y el 16 de abril de 2012.

Consulte las **Instrucciones para llenar el Formulario de reclamación por pérdidas económicas personales (Formulario azul)** para conocer las definiciones de las empresas excluidas. No puede presentar una Reclamación por pérdidas económicas personales para ningún tipo de empleo que haya marcado anteriormente. Incluso si ha marcado una o más de estas casillas, aún podrá solicitar la compensación por pérdidas económicas que se relacionen con empleos en otras industrias.

### B. Información sobre su período de compensación

**Seleccione su período de compensación.** Este es el período de tiempo que usted elija después del Derrame para establecer sus ingresos posteriores al Derrame. El Administrador de reclamaciones utilizará este período para determinar sus pérdidas mediante la comparación del Período de compensación con un Período de referencia para el/los Año(s) Base que usted elegirá más adelante en este Formulario de reclamación. Debe elegir 90 (noventa) días consecutivos o más a partir del 21 de abril de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2010. Sin embargo, si su empleador se ajusta a la definición de Industria primaria de mariscos, puede seleccionar 90 (noventa) días consecutivos entre el 21 de abril de 2010 y el 30 de abril de 2011. Su Período de compensación debe comenzar y finalizar con los períodos de pago utilizados por su empleador, esto significa que su Período de compensación no puede comenzar o finalizar durante el período de pago semanal, quincenal, mensual u otro. Su Período de compensación debe durar 90 días como mínimo.

<b>Fecha de inicio:</b>	___/___/2010	<b>Fecha de finalización:</b>	___/___/201_
-------------------------	--------------	-------------------------------	--------------

El Administrador de reclamaciones revisará todos los documentos y la información que usted presente para determinar el Período de compensación que maximice su compensación en función de dicha información, aunque difiera del período que usted haya seleccionado anteriormente. Si no desea elegir un Período de compensación y en lugar de ello prefiere que el Administrador de reclamaciones seleccione el mejor Período de compensación para su reclamación, marque aquí:

**Período de compensación seleccionado por el Administrador de reclamaciones**

### C. Información sobre los empleos por los cuales presenta una reclamación

**1. Proporcione información sobre los empleos por los cuales presenta una reclamación.** Un "Empleo por el cual presenta una reclamación" es el empleo que usted tenía u obtuvo el 20 de abril de 2010 y por el que usted reclama una compensación por las pérdidas relacionadas con el Derrame. Puede tener más de un Empleo por el cual presenta una reclamación. El o los empleos por los cuales presenta una reclamación debe(n) ser (un) empleo(s) que usted haya tenido durante su Período de compensación. Si usted solicita que el Administrador de reclamaciones seleccione su Período de compensación, proporcione la siguiente información sobre el o los empleos que tenía o obtuvo el 20 de abril de 2010.

Una oferta de empleo para trabajar en el Golfo entre el 21 de abril de 2010 y el 31 de diciembre de 2010, que usted haya aceptado antes del 20 de abril de 2010, puede considerarse un Empleo por el cual presenta una reclamación.

Un empleo que usted tenía en los años previos al Derrame y siempre comenzaba después del 20 de abril de 2010 (un Empleado por temporada), puede considerarse un Empleo por el cual presenta una reclamación.

Ingrese la dirección y la información de su empleador a continuación. Si está solicitando la compensación por más de un Empleo por el cual presenta una reclamación, realice una fotocopia de las Secciones C a la D de este Formulario de reclamación tantas veces como sea necesario para cada Empleo por el cual presenta una reclamación para solicitar el pago de las pérdidas.

Nombre del empleador	Período de empleo
----------------------	-------------------



<p>diciembre de 2010; y</p> <p><b>(2) La oferta de trabajo fue rechazada o enmendada; y</b></p> <p><b>(3) La naturaleza del trabajo (a tiempo completo, a tiempo parcial o de temporada) para este empleo es diferente de cualquiera de los empleos que tuvo durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2007 y el 20 de abril de 2010.</b></p> <p>Si marcó "Sí", entonces usted es un Nuevo solicitante de empleo. Responda las Preguntas 7.B y de la 11 a la 14, y vaya a la Sección D.3 de este Formulario de reclamación. Si marcó "No", entonces este Empleo por el cual presenta una reclamación no califica para la revisión como una Reclamación por pérdidas económicas personales en virtud del Acuerdo de conciliación, y puede dejar de rellenar este Formulario de reclamación para dicho empleo.</p>	
<p><b>B. Describa cómo su oferta de empleo fue rechazada o enmendada después del 20 de abril de 2010:</b></p>	
<p><b>8. ¿Trabajaba en este Empleo por el cual presenta una reclamación o en un trabajo comparable antes del 20 de abril de 2009?</b></p> <p>Si marcó "Sí", responda la Pregunta 9. Si marcó "No", entonces usted es un Reclamante que no tiene doce meses de historial de ingresos. Responda las preguntas de la 11 a la 14 y vaya a la Sección D.4 de este Formulario de reclamación.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>9. Para el 1 de enero de 2010, ¿usted cambió su empleador y la industria de trabajo que tenía del empleador, así como la industria de trabajo que tenía antes del 1 de enero de 2010?</b></p> <p>Si marcó "Sí", responda la Pregunta 10. Si marcó "No", responda las Preguntas de la 11 a la 14 y luego vaya a la Sección D.1 de este Formulario de reclamación.</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>10. ¿Sus ingresos entre el 1 de enero de 2010 y el 30 de abril de 2010 en este Empleo por el cual presenta una reclamación, fueron el 20 % más alto o más bajo que sus ingresos entre el 1 de enero y el 30 de abril de su(s) Año(s) base? El Administrador de reclamaciones verificará este cálculo. Consulte la sección D para obtener más información sobre su(s) "Año(s) Base."</b></p> <p>Si marcó "Sí", entonces es una Persona que cambió de carrera. Responda las preguntas de la 11 a la 14 y vaya a la Sección D.4 de este Formulario de reclamación. Si marcó "No", entonces responda las Preguntas de la 11 a la 14 y luego vaya a la Sección D.1 de este Formulario de reclamación.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>11. Esta pregunta fue eliminada intencionalmente.</b></p>	
<p><b>12. A. ¿Su Empleo por el cual presenta una reclamación finalizó después del 20 de abril de 2010?</b></p> <p>Si marcó "Sí", responda las Preguntas 12.B y 12.C. Si marcó "No", vaya a la Pregunta 13.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>B. Fecha en que se finalizó el empleo:</b></p>	<p>____/____/____ (mes/día/año)</p>

<b>C. Motivo(s) de la finalización:</b>	
<p><b>13. Pérdida anterior que no se ha repetido:</b> Una pérdida anterior que no se ha repetido es un acontecimiento o una venta que (a) hubiera ocurrido en el Empleo por el cual presenta una reclamación entre el 21 de abril de 2010 y el 31 de diciembre de 2010, y (b) no estaba incluida en los ingresos del Individuo devengados en el Empleo por el cual presenta una reclamación durante el 2007, 2008 o 2009 y (c) fue cancelada debido al Derrame.</p> <p><b>A. ¿Está exigiendo la compensación por pérdidas relacionadas a un acontecimiento anterior que no se ha repetido?</b></p> <p>Si marcó "Sí", responda la Pregunta 13.B. Si marcó "No", vaya a la Pregunta 14.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p><b>B. Escriba el monto que está reclamando con respecto a la cancelación de un acontecimiento anterior que no se ha repetido.</b></p>	<p>\$</p>
<p><b>14. A. Pagos correspondientes al Derrame:</b> ¿Recibió algún Pago correspondiente al derrame por parte de BP, el Fondo de bienes raíces o GCCF que no estuviese relacionado con este Empleo por el cual presenta una reclamación?</p> <p>Si marcó "Sí", indique el monto y el origen de los pagos en 14.B.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p><b>B. Fuente de pago:</b></p>	<p><b>Monto:</b></p> <p>\$</p>

## D. Información sobre el Año base y el Período de referencia

Responda a las preguntas de esta sección según se le indicó en la Sección C.

### 1. Año(s) base para los reclamantes empleados el 20 de abril de 2010 y que no hayan cambiado de carrera o reclamantes que no tengan doce meses de historial de ingresos

**A. Seleccione su(s) Año(s) base.** Si usted tiene un historial de ingresos igual o comparable al Período de compensación, debe seleccionar los años utilizados para medir sus ingresos anteriores con el fin de proyectar sus ingresos esperados durante el Período de compensación si no se hubiera producido el Derrame. El Administrador de reclamaciones restará sus ingresos correspondientes al Período de compensación de sus ingresos esperados. Sus ingresos esperados son sus ingresos durante el Período de referencia al que se aplican los factores de crecimiento pertinentes. El Período de referencia es un periodo de 90 días consecutivos o más durante el o los Años base que se corresponden con las fechas seleccionadas en su Período de compensación durante el cual trabajó en el mismo empleo o uno comparable durante el Período de compensación. Si desea que el Administrador de reclamaciones elija su(s) Año(s) base por usted, marque la casilla a continuación. Elija solo uno de los siguientes periodos de tiempo como su(s) Años(s) base:

- 2009; o**  
 **Promedio de 2008 y 2009; o**  
 **Promedio de 2007, 2008 y 2009.**

El Administrador de reclamaciones revisará todos los documentos y la información que usted presente para determinar el/los Año(s) base que maximice(n) su compensación en función de dicha información, aunque difiera del/de los Año(s) base que usted seleccionó anteriormente. Si no desea seleccionar su(s) Año(s) base en absoluto y en su lugar desea que el Administrador de reclamaciones seleccione su(s) Año(s) base, marque aquí:

- El Administrador de reclamaciones selecciona el/los Año(s) base.**

**B. Información del empleador durante su Período de referencia.** El Período de referencia es un período de tiempo durante su(s) Año(s) base con la misma duración y las mismas fechas que su Período de compensación. Proporcione la siguiente información sobre su(s) Empleo(s) por el/los cual(es) presenta una reclamación, o empleo(s) comparable(s), durante el Período de referencia. Si el Administrador de reclamaciones selecciona su(s) Año(s) base, proporcione información sobre su(s) Empleo(s) por el/los cual(es) presenta una reclamación, o empleo(s) comparable(s), durante el periodo de tiempo que desea que el Administrador de reclamaciones considere para su(s) Año(s) base. Si usted no estuvo empleado en el/los mismo(s) empleo(s) durante su Período de referencia y su Período de compensación, proporcione una descripción de un cargo comparable y la actividad comercial del empleador:

- Marque aquí si el empleador durante el Período de referencia es el mismo empleador que ha mencionado para el Empleo por el cual presenta una reclamación en la sección C. Si es así, no necesita suministrar información de nuevo sobre su empleador.**

Nombre del empleador		Período de empleo					
Calle		Desde ____/____/____ hasta: ____/____/____ <small>(mes/día/año) (mes/día/año)</small>					
Ciudad	Estado	Código postal					
Distrito/Condado		Número de teléfono					
Número de identificación del empleador (NIE)							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"> _ _ _ </td> <td style="border: none;">-</td> <td style="border: none;"> _ _ _ _ _ _ _ _ </td> <td style="border: none;">(De su Formulario W-2 o 1099)</td> </tr> </table>				_ _ _	-	_ _ _ _ _ _ _ _	(De su Formulario W-2 o 1099)
_ _ _	-	_ _ _ _ _ _ _ _	(De su Formulario W-2 o 1099)				
Nombre y apellido de su Supervisor/Gerente	Nombre	Inicial del segundo nombre					
Describa la actividad comercial de su empleador y su cargo:							







- D. Si no estuvo empleado en 2011 durante la misma cantidad de tiempo y en las mismas fechas del Período de compensación,** debe presentar la documentación que se encuentra en la Sección 4 de las **Instrucciones para llenar el Formulario de reclamación por pérdidas económicas personales (Formulario azul)** e indicar que no estuvo empleado en 2011 durante dicho período por una de las siguientes razones. Marque la casilla que le corresponda. En 2011, yo:
- Estuve incapacitado médicamente de forma temporal pero tenía previsto volver a desempeñar mi cargo poco después.
- Participé en actividades o una condición que me daba derecho a una licencia de conformidad con la Ley de Licencia Laboral por Razones Médicas y Familiares (The Family Medical Leave Act), y no recibí compensación en 2011 durante la misma cantidad de tiempo y en las mismas fechas del Período de compensación.
- Estuve desempleado involuntariamente.
- Era estudiante a tiempo completo.
- Estuve incapacitado médicamente y no tenía previsto volver a desempeñar mi cargo.
- Llevé a cabo actividades como voluntario a tiempo completo o misionero.
- Era padre/madre o tutor legal de tiempo completo y no trabajaba.
- Otro

**Vaya a la Sección E para enumerar su(s) Empleo(s) por el/los cual(es) no presenta una reclamación.**

**4. Año(s) base para reclamantes que no tengan doce meses de historial de ingresos o que hayan cambiado de carrera**

**A. Información de Años base para reclamantes que no tengan doce meses de historial de ingresos o que hayan cambiado de carrera.** Si usted obtuvo ingresos en 2011 iguales o comparables al Período de compensación, su Año base será 2011 y se utilizará el año 2011 para medir sus ingresos con el fin de proyectar sus ingresos esperados durante el Período de compensación si no se hubiera producido el Derrame. El Administrador de reclamaciones restará sus ingresos correspondientes al Período de compensación de sus ingresos esperados. Sus ingresos esperados son sus ingresos durante el Período de referencia de 2011 a los que se aplican los factores de crecimiento pertinentes. El Período de referencia de 2011 es un período de 90 días consecutivos o más durante el 2011 que se corresponde con las fechas seleccionadas en su Período de compensación durante el cual trabajó en el mismo empleo o uno comparable durante el Período de compensación.

Si usted es alguien que ha cambiado de carrera y no estuvo empleado durante el Período de referencia de 2011 por una de las razones expuestas en la Pregunta 4.D, debe presentar los ingresos de 2009 durante el Período de referencia correspondiente a las fechas seleccionadas en su Período de compensación.

Seleccione el Año base que le corresponda:

- 2011; o
- 2009

**B. Información del empleador para el Período de referencia de 2011 (o el Período de referencia de 2009, si usted es alguien que ha cambiado de carrera).** Proporcione la siguiente información sobre su(s) empleo(s) durante el Período de referencia. Si usted no estuvo empleado en el/los mismo(s) empleo(s) durante su Período de referencia de 2011 (o Período de referencia de 2009) y su Período de compensación, proporcione una descripción de un cargo comparable y la actividad comercial del empleador. Si el Administrador de reclamaciones selecciona su Período de compensación, proporcione la siguiente información acerca de su(s) Empleo(s) por el/los cual(es) presenta una reclamación, o un trabajo comparable, durante 2011 (o 2009 si usted es alguien que ha cambiado de carrera):

Marque aquí si el empleador durante el Período de referencia es el mismo empleador que ha mencionado para el Empleo por el cual presenta una reclamación en la sección C. Si es así, no necesitará suministrar información de nuevo sobre su empleador.

Nombre del empleador		Período de empleo	
Calle		Desde ___/___/___ hasta: ___/___/___	
Ciudad	Estado	Código postal	

Distrito/Condado		Número de teléfono	
Número de identificación del empleador (NIE)			
_ _ _ _  -  _ _ _ _ _  (si lo conoce)			
Nombre y apellido de su Supervisor/Gerente		Nombre	Inicial del segundo nombre
Describa la actividad comercial de su empleador y su cargo:			
C. ¿Es este un empleo con un sueldo por hora?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p><b>D. Si no estuvo empleado en 2011 durante la misma cantidad de tiempo y en las mismas fechas del Período de compensación,</b> debe presentar la documentación que se encuentra en la Sección 4 de las <b>Instrucciones para llenar el Formulario de reclamación por pérdidas económicas personales (Formulario azul)</b> e indicar que no estuvo empleado en 2011 durante dicho período por una de las siguientes razones. Marque la casilla que le corresponda. En 2011, yo:</p> <p><input type="checkbox"/> Estuve incapacitado médicamente de forma temporal pero tenía previsto volver a desempeñar mi cargo poco después.</p> <p><input type="checkbox"/> Participé en actividades o una condición que me daba derecho a una licencia de conformidad con la Ley de Licencia Laboral por Razones Médicas y Familiares (The Family Medical Leave Act), y no recibí compensación en 2011 durante la misma cantidad de tiempo y en las mismas fechas del Período de compensación.</p> <p><input type="checkbox"/> Estuve desempleado involuntariamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Era estudiante a tiempo completo.</p> <p><input type="checkbox"/> Estuve incapacitado médicamente y no tenía previsto volver a desempeñar mi cargo.</p> <p><input type="checkbox"/> Llevé a cabo actividades como voluntario a tiempo completo o misionero.</p> <p><input type="checkbox"/> Era padre/madre o tutor legal de tiempo completo y no trabajaba.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p>			
<b>Vaya a la Sección E para enumerar su(s) Empleo(s) por el/los cual(es) no presenta una reclamación.</b>			
<b>E. Empleos por los que no presenta una reclamación</b>			
<p><b>1.</b> Proporcione la siguiente información para todos los empleos en los que haya trabajado durante el año 2007 hasta la actualidad, o cualquier año dentro de dicho período de tiempo que desee que el Administrador de reclamaciones considere como su(s) Año(s) base, respecto de los cuales NO está presentando una reclamación por pérdidas en virtud del Acuerdo de conciliación por daños económicos y a la propiedad de Deepwater Horizon. Estos son los Empleos por los que no presenta una reclamación. Realice una fotocopia de esta sección y complétela para cada empleador y cargo en el que usted se haya desempeñado durante todos los periodos comprendidos entre 2007 hasta la actualidad, o de cualquier año dentro de dicho período de tiempo que desee que el Administrador de reclamaciones considere como su(s) Año(s) base.</p>			
Nombre del empleador		Período de empleo	
Calle		Desde ___/___/___ hasta: ___/___/___	
Ciudad	Estado	Código postal	
Distrito/Condado		Número de teléfono	

Número de identificación del empleador (NIE)		
_ _ _  -  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  (De su Formulario W-2 o 1099)		
Nombre y apellido de su Supervisor/Gerente	Nombre	Inicial del segundo nombre
Describa la actividad comercial de su empleador y su cargo:		
2. ¿Es este un empleo con un sueldo por hora?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>F. Otras pérdidas relacionadas al empleo</b>		
<b>1. Pérdidas de la capacitación laboral o la búsqueda de empleo</b>		
<b>A. Capacitación laboral:</b> <b>1) ¿Solicita el reembolso de los gastos provenientes de su capacitación, concesión de licencia o gastos educativos para mejorar sus destrezas laborales u obtener un empleo adicional luego del Derrame?</b> Si marcó "Sí", entonces responda las Preguntas 2), 3) y 4). Si marcó "No", dirijase a la Pregunta B.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
(2) Escriba el monto que reclama con respecto a dichos gastos:		\$
(3) ¿La capacitación tuvo como resultado un empleo para usted en el 2010?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>(4) Si la capacitación tuvo como resultado un empleo para usted en el 2010, suministre la siguiente información sobre su empleo:</b>		
Nombre del empleador	Periodo de empleo	
Calle	Desde ___/___/___ hasta: ___/___/___	
Ciudad	Estado	Código postal
Distrito/Condado	Número de teléfono	
Número de identificación del empleador (NIE)		
_ _ _  -  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  (De su Formulario W-2 o 1099)		
Nombre y apellido de su Supervisor/Gerente	Nombre	Inicial del segundo nombre
Describa la actividad comercial de su empleador y su cargo:		
<b>B. Búsqueda de empleo:</b> <b>(1) ¿Solicita el reembolso de los gastos provenientes de la búsqueda de empleo que haya incurrido al buscar un empleo adicional luego del Derrame?</b>  Si marcó "Sí", responda la Pregunta (2). Si marcó "No", dirijase a la Pregunta F.2.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

(2) Escriba el monto que reclama como reembolso de gastos por la búsqueda de empleo:	\$
--	----

**2. Pérdida de ingresos de prestaciones sociales relacionadas con el empleo**

Si usted califica para obtener compensación por pérdidas económicas personales, también puede calificar para pérdidas en cobertura de seguro médico y/o pérdidas de beneficios de jubilación. Para ser elegible para obtener compensación por pérdidas adicionales, debe 1) haber tenido cobertura de un seguro médico y/o un plan de jubilación proporcionado por su empleador a partir del 20 de abril de 2010, o bien (2) haber tenido y aceptado una oferta de un empleador que incluyera cobertura de un seguro médico y/o los beneficios de un plan de jubilación a partir del período comprendido entre el 1 de mayo de 2010 y el 31 de diciembre de 2010.

**A. Indique las pérdidas de la cobertura de seguro médico que está reclamando. Mencione el Empleo por el cual presenta una reclamación correspondiente a sus pérdidas:**

**Si marcó "Sí", identifique el Empleo por el cual presenta una reclamación correspondiente:**

1) Médico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
2) Medicamentos con receta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
3) Dental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
4) De la vista	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____

**B. Indique el monto de las Pérdidas de cobertura de seguro médico en que ha incurrido:**

1) Médico	\$
2) Medicamentos con receta	\$
3) Dental	\$
4) De la vista	\$

**C. Para cada tipo de Pérdida de cobertura de seguro médico por la que está reclamando, indique si ha obtenido una cobertura de seguro médico alternativo antes del 31 de diciembre de 2011:**

1) Médico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2) Medicamentos con receta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3) Dental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4) De la vista	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Si perdió su cobertura de seguro médico, y su empleador no le ofreció los beneficios de la cobertura COBRA, marque la casilla a continuación:

Certifico que el empleador o ex empleador que proporciona prestaciones antes del Derrame no me ofreció la cobertura COBRA, después del 20 de abril de 2010.

**D. Indique las Pérdidas de beneficios de la jubilación que está reclamando. Indique el Empleo por el cual presenta una reclamación correspondiente a sus pérdidas:**

(1) Pagos de pensión del empleador

Sí

No

\_\_\_\_\_

(2) Contribuciones del empleador a la cuenta de 401(k)

Sí

No

\_\_\_\_\_

(3) Contribuciones del empleador a la cuenta de 403(b)

Sí

No

\_\_\_\_\_

(4) Contribuciones del empleador al plan de participación en las utilidades

Sí

No

\_\_\_\_\_

(5) Contribuciones del empleador a otro tipo de cuenta de jubilación

Sí

No

\_\_\_\_\_

**E. Si ha respondido "Sí" a D(5) "Otro tipo de cuenta de jubilación", describa el tipo de cuenta a continuación:**

**F. Indique el monto de las Pérdidas de beneficios de la jubilación en que ha incurrido:**

1) Pagos de pensión del empleador

\$

2) Contribuciones del empleador a la cuenta de 401(k)

\$

3) Contribuciones del empleador a la cuenta de 403(b)

\$

4) Contribuciones del empleador al plan de participación en las utilidades

\$

5) Contribuciones del empleador a otro tipo de cuenta de jubilación

\$

## G. Documentación requerida para una Reclamación por pérdidas económicas personales

Además del Formulario de reclamación, debe presentar Documentación de respaldo para probar su reclamación por pérdidas económicas personales. Puede encontrar una lista de documentos requeridos y las instrucciones para presentarlos en la sección 4 del folleto Instrucciones para llenar el Formulario de reclamación por pérdidas económicas personales. Si no presenta la Documentación de respaldo requerida, el Administrador de reclamaciones no podrá revisar su reclamación y usted no recibirá el pago por su reclamación.

## H. Pago

**1. En caso de tener su propio abogado.** A menos que marque la casilla que figura a continuación, el Administrador de reclamaciones realizará todos los pagos conjuntamente a usted y a su abogado, esto significa que tanto usted como su abogado deben endosar el cheque para que un banco pueda pagar el mismo.

Marque aquí si desea que el Administrador de reclamaciones realice los pagos con respecto a esta reclamación y cualquier otra que usted presente en relación con el Acuerdo de conciliación por daños económicos y a la propiedad de Deepwater Horizon *únicamente a su abogado*. Esto significa que el Administrador de reclamaciones le enviará el pago a su abogado, el cual posteriormente le hará el pago de conformidad con el contrato de prestación de servicios profesionales que usted tenga con él.

**2. En caso de no tener su propio abogado.** Si no ha contratado a un abogado para representarlo con respecto a la reclamación relacionada con el Derrame, el Administrador de reclamaciones realizará los pagos a los cuales tiene derecho directamente a usted mediante un cheque. Los cheques de pago serán enviados por correo de primera clase a la dirección que haya suministrado en el Formulario de inscripción o a la dirección que el Administrador de reclamaciones haya confirmado para usted durante el procesamiento de su reclamación. **Tiene la obligación de notificar al Administrador de reclamaciones si su dirección cambia.**

El Administrador de reclamaciones informará anualmente a las autoridades tributarias federales y estatales, mediante el Formulario 1099 o algún formulario estatal equivalente, sobre determinados pagos realizados. El Administrador de reclamaciones le enviará copia de ese formulario, pero no puede brindarle asesoría tributaria con respecto a ningún pago emitido a su nombre. Debe consultar con su propio asesor tributario para determinar el impacto de cualquier pago que reciba del Administrador de reclamaciones.

**3. Embargos, gravámenes y otras incautaciones.** Los embargos, gravámenes o formas de incautación similares autorizadas legalmente, que se reciban con respecto a su reclamación, serán acatadas y descontadas de su pago.

**4. Requisitos del Formulario W-9.** Todos los reclamantes deben proporcionar un Formulario W-9. Para obtener una copia del formulario, visite [www.deepwaterhorizonsettlements.com](http://www.deepwaterhorizonsettlements.com) o solicite una en un Centro de asistencia al reclamante o llame al 1-866-992-6174.

**5. ¿Desea obtener un reembolso por los Servicios de apoyo contable al reclamante con respecto a su reclamación?**

Sí       No

Si marca "Sí" en la pregunta H.5, usted debe presentar los documentos enumerados en la sección 4.H del folleto de instrucciones para las reclamaciones por pérdidas económicas personales.

## I. Firma

Certifico y declaro bajo pena de perjurio de conformidad con la sección 1746 del título 28 del Código de los Estados Unidos, que la información proporcionada en este Formulario de reclamación es veraz y exacta a mi leal saber y entender, y que los documentos de respaldo adjuntos o presentados con respecto a este formulario y la información contenida en los mismos es veraz, exacta y completa a mi leal saber y entender, y comprendo que las declaraciones o reclamaciones falsas que se realicen con respecto a este formulario de reclamación pueden ser objeto de multas, encarcelamiento o cualquier otro recurso legalmente disponible para el gobierno federal, y que las reclamaciones sospechosas serán reenviadas a las agencias de seguridad federales, estatales y locales para su posible investigación y proceso.

Al presentar este Formulario de reclamación, doy mi consentimiento respecto al uso y la divulgación por parte del Administrador de reclamaciones y aquellos que asisten al Administrador de reclamaciones, de cualquier información sobre mí que ellos consideren necesaria y/o útil para procesar mi reclamación de compensación y cualquier pago que resulte de la misma.

<b>Firma:</b>		<b>Fecha:</b>	____/____/____ (mes/día/año)
<b>Nombre en letra de imprenta:</b>	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido

El reclamante debe firmar este Formulario de reclamación personalmente. Ninguna persona puede firmar en nombre del reclamante a menos que el reclamante haya fallecido, sea menor de edad o esté incapacitado. Si el reclamante ha fallecido, es menor de edad o está incapacitado, puede firmar un representante autorizado.