

**TRIBUNAL SUPERIOR DE CALIFORNIA  
CONDADO DE LOS ANGELES**

ZHEN DONG ZHANG, individualmente, y a nombre de todos otros situados similarmente,	)	<b>CASO NO. BC 329374</b>
	)	Su Señoría David L. Minning
	)	
Demandantes,	)	[Acción Colectiva Propuesta]
vs.	)	
	)	<b>FORMULARIO DE PRUEBA DE</b>
CHUNG KING RESTAURANTS, INC., razón social CHUNG KING RESTAURANTS, CALIFORNIA WOK, INC., WEI-SHIN LIU, un individuo, WEI-CHIANG LIU, un individuo, y DESCONOCIDOS 3 a 25, inclusive,	)	<b>RECLAMACIÓN PARA CONDUCTORES DE ENTREGA, SUBCLASE B</b>
	)	
Demandados.	)	Querrela Archivada: 24 de febrero de 2005
	)	Fecha del Juicio: No Fijada
	)	

---

**INSTRUCCIONES**

1. **Por favor lea atentamente estas Instrucciones ya que es importante que siga todas las instrucciones y cumpla con todos los plazos y requisitos, o su reclamación podría ser demorada o negada.**
  
  2. Usted DEBE haber trabajado como conductor de entrega en el Restaurante Chung King, anteriormente ubicado en el 11538 W. Pico Blvd., Los Angeles, CA, entre las fechas del 21 de febrero de 2001 y el 24 de febrero de 2005, a fin de ser elegible para pago del fondo del arreglo. Las cantidades propuestas para su distribución a los participantes en la clase se exponen con más detalle en la Notificación del Arreglo de Acción Colectiva Propuesto.
  
  3. Por favor use tinta azul o negra e imprima legiblemente.
  
  4. Con el fin de realizar un reclamo, usted debe enviar por correo una prueba de reclamación al Administrador de Reclamaciones a la direcciones listada a continuación. **Su reclamación debe tener el matasellos a más tardar del 6 de julio de 2009.**
- Chung King Restaurant Claims Administrator  
c/o Desmond, Marcello & Amster  
P.O. Box 451999  
Los Angeles, California 90045
5. Para asegurarse de que su reclamación se considere: (a) Por favor asegúrese de que todas las secciones de este formulario se llenen completamente; (b) Por favor asegúrese de que firmó la Prueba de Reclamación; (c) Si se muda, necesita enviar al Administrador de Reclamaciones su nueva dirección; (d) Si desea un acuse de recibo de su Formulario de Reclamación, por favor envíelo por correo certificado, con solicitud de acuse de recibo.

(Formulario de Reclamación continúa en el reverso)

**POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES**

NOMBRE:		Número de Seguro Social (Si está disponible)	____-____-____
DIRECCIÓN:			
TELÉFONO:			
# DE IDENTIFICACIÓN (que se encuentra arriba de su nombre en la etiqueta de correo, si este formulario le fue enviado a usted):			
Fecha de Empleo (mes/día/año)	Fecha de Inicio:	Fecha Final:	
Puesto(s):			

**DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO, BAJO LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA, QUE LO ANTERIOR ES VERDADERO Y CORRECTO.**

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_