

EN LA CORTE DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS
PARA EL DISTRITO DE ARIZONA
Manuel de Jesus Ortega Melendres, et al. v. Paul Penzone, et al.
CV-07-2513-PHX-GMS

MEL0001

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

INSTRUCCIONES

Beneficios bajo este programa (el “Fondo de Compensación”) van a estar disponibles a individuos, sin importar su estado de inmigración, parados y detenidos por la Oficina del Sheriff del Condado de Maricopa (MCSO) entre el 23 de diciembre del 2011 y el 24 de mayo del 2013, en violación de un Interdicto Preliminar emitido por una corte federal en la litigación de *Ortega Melendres v. Penzone (previamente Arpaio)*. El Interdicto Preliminar prohibía a diputados de la MCSO detener a personas solamente sobre la base de que el personal de la MCSO creía que la persona estaba en los Estados Unidos sin autorización. Una detención ocurre cuando un individuo no es libre de irse de la custodia del cuerpo policial. Detención para el propósito del Fondo de Compensación puede incluir ser transportado en un vehículo a motor por un diputado de la MCSO u otro agente del orden público, detenido al lado de la carretera por un diputado de la MCSO, o puesto en una celda.

Usted tiene que presentar una copia firmada de este Formulario de Reclamación a más tardar del 3 de diciembre del 2018 la fecha límite detallada en la Orden de la Corte con Respecto a Compensación de Víctimas para todos los reclamantes en el Fondo de Compensación. El Formulario de Reclamación tiene que ir acompañado por una prueba fiable de identificación (esto puede incluir, pero no está limitado a, licencia de conducir, número de identificación de residente, partida de nacimiento, pasaporte, u otra prueba de identidad). **Todos los reclamantes tienen que completar la Sección I y firmar la Sección VII.** Si usted no recibió una carta directamente del Administrador de Reclamaciones diciendo que usted es elegible para pago, usted también tiene que completar la Sección II. Si a usted le gustaría aplicar para pago adicional por otros daños aparte de la detención por la MCSO, tal como detención subsecuente por autoridades federales o daños como lesiones físicas, sufrimiento emocional severo, o pérdida de salario o propiedad, usted tiene que completar la Sección III. Nota: aplicar para beneficios adicionales puede resultar en un tiempo de procesamiento más largo. Si usted busca compensación por gastos médicos en este programa, usted tiene que proporcionar su Número de Seguro Social, si tiene uno. Usted no va a ser automáticamente excluido de recibir compensación por gastos médicos si usted no tiene un Número de Seguro Social.

Si usted no está seguro si usted es elegible para participar en el Fondo de Compensación, usted puede llamar al 1-844-500-6327 con preguntas o visitar www.fondodecompensaciondelsheriffdemaricopa.org. Usted también puede contactar a un abogado o llamar al 602-773-6022 para preguntar sobre abogados que puedan ayudarle de manera gratuita. Si usted tiene un abogado, él o ella puede completar este Formulario de Reclamación para usted, pero usted tiene que firmar personalmente la Sección VII.

I. INFORMACIÓN REQUERIDA DE TODOS LOS RECLAMANTES

A. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Si usted está llenando esta reclamación en nombre suyo complete esta sección. Si usted es un representante autorizado, por favor ponga la información del detenido.

Nombre	Apellido	Primer Nombre	ISN
Dirección	Calle/P.O. Box		
	Ciudad	Estado	Código Postal País

**EN LA CORTE DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS
PARA EL DISTRITO DE ARIZONA**
Manuel de Jesus Ortega Melendres, et al. v. Paul Penzone, et al.
CV-07-2513-PHX-GMS

MEL0001

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Número Telefónico de Día	(____) _____ - _____	Número Telefónico de Noche	(____) _____ - _____
Dirección de Correo Electrónico			
Fecha de Nacimiento	____/____/____ (mes) (día) (año)	Número de Seguro Social si es aplicable (vea las instrucciones arriba)	_____ - _____ - _____
Otra Prueba de Identidad: Esto podría ser una Licencia de Conducir, Número de Identificación de Residente, Partida de Nacimiento, o Pasaporte o cualquier otra opción que muestre quien es usted. Usted nada mas necesita esto si usted no proporcionó un Número de Seguro Social arriba. Asegúrese de adjuntar una copia de su prueba una vez que presente este formulario.			

B. INFORMACIÓN DE ABOGADO (si está representado por un abogado)

Nombre del Abogado	Apellido	Primer Nombre	ISN
Nombre del Bufete de Abogados			
Dirección	Calle/P.O. Box		
	Ciudad	Estado	Código Postal País
Número Telefónico	(____) _____ - _____	Número de Fax	(____) _____ - _____
Dirección de Correo Electrónico			

**EN LA CORTE DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS
PARA EL DISTRITO DE ARIZONA**
Manuel de Jesus Ortega Melendres, et al. v. Paul Penzone, et al.
CV-07-2513-PHX-GMS

MEL0001

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

**C. INFORMACIÓN PERSONAL DE REPRESENTANTE PARA RECLAMANTES FALLECIDOS,
MENORES DE EDAD O INCAPACITADOS**

Si usted es un Reclamante Representativo, complete esta sección. Si usted NO es un Reclamante Representativo, sáltese esta sección y vaya a la Sección D. Un Reclamante Representativo es un representante autorizado, ordenado por una corte, oficial administrativo, o autorizado de otra manera bajo la ley aplicable del estado, o ley aplicable del país, de un individuo fallecido, menor de edad o legalmente incompetente.

¿Falleció el individuo en nombre de quien usted está actuando, o es un menor de edad o legalmente incompetente?

- Fallecido
 Menor de Edad
 Legalmente Incapacitado o Incompetente

Relación con el Reclamante

(marque todos los que apliquen)

- Cónyuge Padres Hijos Hermanos
 Administrador Albacea

(especifique)

Nombre

Apellido

Primer Nombre

ISN

Dirección

Calle/P.O. Box

Ciudad

Estado

Código Postal

País

Número Telefónico de Día

(____) _____ - _____

Número Telefónico de Noche

(____) _____ - _____

Dirección de Correo Electrónico

Yo certifico que yo tengo autoridad legal de presentar esta reclamación en nombre del individuo identificado en la Sección A.

D. DETENCIÓN POR LA MCSO

1.

Marque esta casilla para confirmar que usted fue parado por la MCSO entre el 23 de diciembre del 2011 y el 24 de mayo del 2013.

SI, yo creo que fui parado por la MCSO entre el 23 de diciembre del 2011 y el 24 de mayo del 2013.

2.

¿Por cuánto tiempo lo paró y detuvo la MCSO? Por favor marque la casilla apropiada. Si usted no sabe la duración exacta de tiempo, por favor estime la duración. Si usted fue parado y detenido por la MCSO por más de una hora, por favor liste la cantidad aproximada de tiempo en el espacio proporcionado.

0-20 Minutos 21-60 Minutos Más de 60 Minutos:

**EN LA CORTE DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS
PARA EL DISTRITO DE ARIZONA**
Manuel de Jesus Ortega Melendres, et al. v. Paul Penzone, et al.
CV-07-2513-PHX-GMS

MEL0001

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

3. ¿Cuándo ocurrió la parada por la MCSO? Proporcione un rango de fechas de 30 días si se desconoce la fecha precisa. _____/_____/_____
(mes) (día) (año)

4. ¿Cuál fue el tipo de encuentro (parada de tráfico, otro)?

5.	Nombre Proporcionado a la MCSO (si es diferente al nombre listado arriba)	Apellido	Primer Nombre	ISN

II. DETALLES DE LA DETENCIÓN DE LA MCSO

Si usted recibió una carta de aviso directamente del Administrador de Reclamaciones y no está buscando compensación adicional por otros daños más allá de su detención por la MCSO, usted puede saltarse este paso. Todos los demás reclamantes tienen que completar esta Sección.

1. ¿Cómo sabe usted que fue detenido por la MCSO, en lugar de otra agencia de orden público (uniforme, patrulla de policía, etc.)?

2. ¿Cree usted que en parte el motivo de su parada o su detención por parte de la MCSO fue porque la MCSO creía que usted no tenía estatus de inmigración legal en los Estados Unidos?
 SI NO

3. Si usted contestó si a la pregunta 2, ¿Que le hace creer eso?

4. Si el encuentro fue una parada de tráfico, ¿Era usted el conductor? SI NO

5. Si usted contestó No a la pregunta 4 proporcione el nombre del conductor.

6. Si el encuentro fue una parada de tráfico, por favor proporcione la placa del vehículo que fue parado, y una breve descripción del vehículo (si usted puede):

**EN LA CORTE DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS
PARA EL DISTRITO DE ARIZONA**
Manuel de Jesus Ortega Melendres, et al. v. Paul Penzone, et al.
CV-07-2513-PHX-GMS

MEL0001

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

7.	¿Dónde ocurrió la parada? Si usted no sabe la ubicación exacta, por favor proporcione una ubicación aproximada.
8.	Razón dada por la MCSO por la parada o extensión de su parada (si la hubo).
9.	¿Sabe usted el/los número(s) de insignia(s) del ayudante de Sheriff o los ayudantes de Sheriff de la MCSO quienes lo pararon? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si SI, por favor proporciónelo(s).
10.	¿Le preguntaron a usted sobre su ciudadanía o estatus de inmigración durante la parada? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
11.	¿Quién le preguntó sobre su ciudadanía o estatus de inmigración? _____
12.	¿Le pidieron que mostrara cualquier documento de identificación o papeles de inmigración? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
13.	Por favor proporcione los nombres e información de contacto de cualquier testigo quien haya visto la parada o detención, o de quien estaba en el vehículo con usted (si lo sabe).
14.	Por favor proporcione cualquier otro detalle sobre la parada y/o su detención.

EN LA CORTE DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS
PARA EL DISTRITO DE ARIZONA
Manuel de Jesus Ortega Melendres, et al. v. Paul Penzone, et al.
CV-07-2513-PHX-GMS

MEL0001

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

III. INFORMACIÓN REQUERIDA PARA RECIBIR COMPENSACION ADICIONAL POR OTROS DAÑOS

Si usted está buscando compensación solamente por la detención por parte de la MCSO y ningún daño adicional, usted puede saltarse esta Sección. Si usted quiere recibir compensación adicional por daños otros que la detención por parte de la MCSO, tal como detenciones subsecuentes por autoridades federales o por otros daños como lesiones físicas, sufrimiento emocional severo, o pérdida de salario o propiedad, por favor conteste las siguientes preguntas tan detalladamente como sea posible. Si usted no tiene una respuesta usted no va a ser descalificado automáticamente para recibir dinero adicional.

A. EL ARRESTO O TRANSFERENCIA A INMIGRACION Y ENFORZAMIENTO DE ADUANAS (ICE)/ADUANAS Y PATRULLA DE FRONTERA (CBP)

- | | |
|----|--|
| 1. | ¿Lo arrestaron o llevaron a otro lugar de la escena de la parada? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si SI, ¿Cuál fue la razón afirmada para su arresto? |
| 2. | ¿Llegó ICE/CBP al lugar de la parada? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

EN LA CORTE DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS
PARA EL DISTRITO DE ARIZONA
Manuel de Jesus Ortega Melendres, et al. v. Paul Penzone, et al.
CV-07-2513-PHX-GMS

MEL0001

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

3.	<p>¿Lo llevaron a una prisión o instalación de la MCSO por cualquier período de tiempo?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Si SI, ¿por cuánto tiempo lo tuvieron ahí?</p>
4.	<p>¿Estuvo bajo la custodia de ICE/CBP? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
5.	<p>¿En cuál centro de detención de ICE/CBP estuvo detenido (si lo sabe)?</p>
6.	<p>¿Por cuánto tiempo estuvo bajo la custodia de ICE/CBP?</p>

B. OTROS DAÑOS

1. LESIONES FÍSICAS Y/O SUFRIMIENTO EMOCIONAL

a.	<p>¿Fue usted lastimado físicamente o sostuvo usted sufrimiento emocional severo debido a la parada o la detención?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Si SI, por favor explique:</p>
b.	<p>¿Vio usted a un doctor por sus lesiones? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Si SI, por favor describa el tratamiento que recibió:</p>
c.	<p>¿Usted tiene facturas médicas que pagó por el tratamiento descrito arriba? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Si SI, ¿cuál es el total?</p>
d.	<p>Si usted tiene cualquier documentación relevante para su reclamación por gastos médicos (por ejemplo, facturas de doctores, recibos de farmacia, recibos), por favor proporciónela.</p>
<p>NOTA: Si usted está buscando compensación en este programa por gastos médicos, usted tiene que proporcionar su Número de Seguro Social o número de identificación de residente, si tiene uno. Usted no va a ser automáticamente excluido de compensación por gastos médicos si usted no tiene un Número de Seguro Social o número de identificación de residente.</p>	
<h3>2. PROPIEDAD CONFISCADA</h3>	
a.	<p>Por favor liste cualquier propiedad que fue confiscada durante la parada o detención, y el valor monetario aproximado:</p>

b.	Si usted tiene cualquier documento relevante a su reclamación por propiedad confiscada (por ejemplo, recibos, fotografías de la propiedad, presupuesto para un reemplazo comparable), por favor proporciónelo.

3. PÉRDIDA DE SUELDO Y/O PÉRDIDA DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO

a.	¿Perdió usted su trabajo como resultado de su parada o detención? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b.	¿Qué trabajo perdió usted?
c.	Describa su tasa de compensación(es) en el trabajo que usted perdió (por ejemplo, “\$10 por hora, 8 horas por día, 5 días a la semana, 50 semanas al año o “\$20,000 por año”).
d.	¿Puede usted proporcionar prueba de su sueldo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
e.	¿Cuándo perdió usted su trabajo? _____/_____/_____ (mes) (día) (año)
f.	¿Intentó usted encontrar otro trabajo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si SI, ¿por cuánto tiempo busco un trabajo nuevo?
g.	¿Consiguió usted otro trabajo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
h.	Si usted consiguió otro trabajo, ¿cuándo lo consiguió? _____/_____/_____ (mes) (día) (año)
i.	Si usted tiene cualquier otra documentación relevante para su reclamación por pérdida de salario y/o pérdida de oportunidad de trabajo (por ejemplo: talón de pago, carta de oferta de trabajo, etc.), por favor proporciónelos.

4. OTROS DAÑOS DEMOSTRABLE

a.	¿Gastó usted dinero en un abogado por su parada o detención que no sea en conexión con la presentación y el procesamiento de su reclamación en este programa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si SI, ¿Cuánto le pagó a su abogado?
b.	¿Perdió usted su apartamento o casa por su parada o detención? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c.	¿Pudo usted obtener otra vivienda? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si SI, ¿Cuánto le costó comparada al apartamento o casa que usted perdió?
d.	¿Le es posible a usted proporcionar prueba del costo de su vivienda antes y después de su parada o detención? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

e.	<p>¿Incurrió usted en algún otro gasto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Si SI, por favor detállelo abajo:</p>
-----------	--

Por favor proporcione toda la documentación que usted pueda tener para verificar su parada o detención, daños o gastos incurridos. Si usted no puede proporcionar ninguna documentación, usted aún puede ser elegible para beneficios del Fondo de Compensación, pero es más probable que usted reciba el monto de compensación más alto disponible si usted puede corroborar sus declaraciones con documentación.

IV. CONFIDENCIALIDAD

Toda información personal identificativa incluida en el Formulario de Reclamación de Inicio o divulgada durante el proceso de aplicación va a permanecer confidencial de acuerdo a una orden de protección.

V. OBLIGACIONES TRIBUTARIAS

El Administrador de Reclamaciones puede emitir un Formulario 1099-Misc a como es requerido por la Orden de la Corte. Reclamantes son responsables por cualquier responsabilidad de reportar impuestos que surjan como resultado de recibir compensación a través de este programa.

VI. EXENCIÓN Y CERTIFICACIÓN

Yo declaro bajo pena de perjurio y de conformidad con 28 U.S.C. § 1746 que toda la información proporcionada en este Formulario de Reclamación es veraz y correcta de acuerdo a mi conocimiento, leal saber y creer.

Yo tengo que abandonar cualquier reclamación pendiente en contra de la MCSO o el Condado de Maricopa por el mismo daño que dio lugar a mi elegibilidad en este programa.

Yo entiendo que yo no tengo un derecho a una apelación si mi reclamación en el programa es denegada, aunque yo puedo pedir reconsideración de mi reclamación.

Yo también entiendo que, al elegir participar en el Fondo de Compensación, yo no puedo demandar a la MCSO o al Condado de Maricopa por el mismo daño que dio lugar a mi elegibilidad en este programa, aunque yo no sea otorgado ningún dinero como resultado de mi participación en el Fondo de Compensación, y que yo tengo que abandonar/descartar cualquier reclamación pendiente en contra de la MCSO o el Condado de Maricopa por el mismo daño que dio lugar a mi elegibilidad en este programa.

VII. FIRMA

Firma del Reclamante				Fecha	____/____/____ (mes) (día) (año)
Nombre en Letra Molde	Primer Nombre	ISN	Apellido		
Firma del Abogado				Fecha	____/____/____ (mes) (día) (año)
Nombre en Letra Molde	Primer Nombre	ISN	Apellido		

VIII. COMO PRESENTAR ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Por Correo Postal:	Maricopa County Sheriff's Office Immigration Stops and Detention Compensation Fund P.O. Box 26106 Richmond, VA 23260
Por Servicio de Entrega:	Maricopa County Sheriff's Office Immigration Stops and Detention Compensation Fund c/o BrownGreer PLC 250 Rocketts Way Richmond, VA 23231