

IN THE CIRCUIT COURT OF THE
ELEVENTH JUDICIAL CIRCUIT IN AND
FOR MIAMI-DADE COUNTY, FLORIDA

IN RE: CHAMPLAIN TOWERS SOUTH
COLLAPSE LITIGATION,

CASE NO.: 2021-015089-CA-01

CLASS REPRESENTATION

COMPLEX BUSINESS
LITIGATION DIVISION

**NOTIFICACIÓN DE PRESENTACIÓN DE
FORMULARIOS DE RECLAMO**

Demandantes por la presente notificamos la presentación de los Formularios de reclamación revisados adjuntos en apoyo de Petición de los Demandantes para Aprobación y Emisión de Formularios de Reclamo:

1. Formulario de Reclamo por Muerte Injusta
2. Formulario de Reclamo por Lesiones Personales
3. Formulario de Reclamo Simple por Lesiones Personales
4. Formulario de Reclamo por Propiedad Personal/Contenido de la Unidad
5. Formulario de Reclamo Simple por Propiedad Personal/Contenido de la Unidad

Fecha: 27 de Mayo del 2022

Respetuosamente,

/s/ Ricardo M. Martínez-Cid

Aaron S. Podhurst (FBN 63606)

Ricardo M. Martínez-Cid (FBN 383988)

Lea P. Bucciero (FBN 84763)

PODHURST ORSECK, P.A.

1 SE 3rd Avenue, Suite 2300

Miami, FL 33131

Tel: (305) 358-2800

rmcid@podhurst.com

rmcteam@podhurst.com

*Plaintiffs' Personal Injury and Wrongful
Death Track Lead Counsel*

CERTIFICADO DE SERVICIO

POR LA PRESENTE CERTIFICO que un verdadera y copia correcta de lo anterior se presentó electrónicamente ante el secretario del tribunal utilizando el portal de presentación electrónica de los tribunales de Florida y proporcionó una copia del mismo a todos los abogados registrados a través del portal de presentación electrónica del tribunal de Florida el 27 de mayo de 2022.

/s/ Ricardo M. Martínez-Cid
Aaron S. Podhurst (FBN 63606)
Ricardo M. Martínez-Cid (FBN 383988)
Lea P. Bucciero (FBN 84763)
PODHURST ORSECK, P.A.
1 SE 3rd Avenue, Suite 2300
Miami, FL 33131
Tel: (305) 358-2800
rmcid@podhurst.com
rmcteam@podhurst.com

*Plaintiffs' Personal Injury and Wrongful
Death Track Lead Counsel*

COLAPSO DE CHAMPLAIN TOWERS SOUTH

FORMULARIO DE RECLAMO POR MUERTE INJUSTA

El propósito de este Formulario de Reclamación es brindarle al Tribunal información que se considerará al evaluar las reclamaciones por las muertes injustas presentadas debido al colapso de Champlain Towers South (el “Colapso de CTS”). Para ser elegible para recibir una parte de las recuperaciones y acuerdos en el litigio que surja del Colapso, debe enviar este Formulario de Reclamación a tiempo.

SI USTED PARTICIPA EN EL PROCESO DE RECLAMACIÓN, TODAS LAS DETERMINACIONES DE ADJUDICACIÓN Y ASIGNACIONES DEL TRIBUNAL SON DEFINITIVAS Y NO APELABLES.

Puede preparar este Formulario de Reclamo usted mismo, pero no tiene que hacerlo solo. El Tribunal ya ha designado a los Abogados de Acción Colectiva (abogados designados por el tribunal) que pueden ayudarlo a completar este Formulario de Reclamación. Si desea su ayuda, envíe un correo electrónico a la abogada Rachel Furst (correo electrónico: rwf@grossmanroth.com) y/o al abogado Curtis Miner (correo electrónico: curt@colson.com), quienes le ayudarán a encontrar un abogado que le ayude. No se le cobrará directamente por los servicios de un abogado designado por el tribunal. Ningún abogado está autorizado a cobrar por ayudarlo a completar y procesar este formulario sin la aprobación del Tribunal de dichos honorarios.

INSTRUCCIONES A LOS DEMANDANTES

Utilice este Formulario de Reclamo para presentar un reclamo por muerte injusta causada por el colapso. Este Formulario de Reclamo solo puede ser presentado por el Representante Personal designado por el tribunal para el Patrimonio del difunto, que es la única persona con autoridad legal según la ley de Florida para presentar un reclamo en nombre del Patrimonio del difunto y todos los que tienen reclamos relacionados con la muerte. Cada Formulario de Reclamación Por Muerte Injusta debe corresponder a un solo difunto, y todas las personas que buscan ser compensadas en relación con esa muerte deben identificarse en ese formulario único. Si un reclamante/representante legal presenta una reclamación por más de un difunto, complete un formulario por separado para cada difunto.

Aunque este Formulario de Reclamo inicialmente se mantendrá confidencial por el Síndico y el Juzgado, en última instancia, puede compartirse con otras partes que el Síndico o el Tribunal consideren apropiadas, que pueden incluir a otros demandantes, sus abogados y demandados en este litigio.

La información en este formulario debe proporcionarse bajo juramento y estará sujeta a sanciones por perjurio.

Envíe un formulario de reclamo completo al Síndico designado por el Tribunal, Michael I. Goldberg, enviándolo por correo electrónico a CTSReceivership@akerman.com.

LA FECHA FINAL PARA RECLAMOS ES JULIO 18, 2022

**SECCIÓN 1:
INFORMACIÓN SOBRE EL REPRESENTANTE PERSONAL DEL FALLECIDO**

Nombre completo del (los) representante(s) personal(es):

(Primer Nombre)	(Segundo Nombre)	(Apellido)

Número de Seguro Social (si es aplicable):

--

Dirección Postal:

--

Calle

--

Ciudad / Estado / Código postal

Número de teléfono principal:

--

Dirección de correo electrónico:

--

Por favor adjunte una copia de la orden que lo nombra Representante Personal del Patrimonio.

**SECCIÓN 2:
INFORMACIÓN DEL FALLECIDO**

Nombre del Difunto:

(Primer Nombre)	(Segundo Nombre)	(Apellido)

Fecha de nacimiento del difunto:

(mm/dd/aaaa)

CTS Número de unidad en la que el difunto visitaba o residía:

--

Dirección principal del difunto antes del colapso:

--

Calle

--

Ciudad / Estado / Código Postal

**SECCIÓN 3:
ELECCIÓN OPCIONAL DE DAÑO LIQUIDADO**

Esta sección está diseñada para ofrecerle la oportunidad de presentar un reclamo simplificado sin la necesidad de recopilar o adjuntar información adicional. **Un Representante Personal que haga esta elección recibirá una adjudicación de un millón de dólares (\$1,000,000.00) como compensación total por todos los reclamos que pudieran hacerse de los acuerdos y recuperaciones administrados por este proceso.** Esta compensación será compartida entre el Patrimonio y todos los beneficiarios y sobrevivientes que tengan reclamos válidos relacionados con la muerte del Difunto. Si elige esta recuperación, solo necesita completar las Secciones 1 y 2 anteriores, firmar y fechar la certificación a continuación y adjuntar la orden que lo nombra Representante Personal del Patrimonio. No necesita completar el resto de este formulario.

Si usted opta por no elegir este daño liquidado, debe completar el resto de este formulario. Su reclamo pasará por el proceso de administración de reclamos y, en última instancia, el Tribunal determinará el monto de los daños a los que tendrán derecho al Patrimonio y los posibles beneficiarios y sobrevivientes.

Por favor ponga sus iniciales en su elección de las siguientes dos opciones a continuación:

1. Elijo que se liquide mi reclamo en nombre del Patrimonio y cualquier posible beneficiario y sobreviviente por una indemnización de un millón de dólares (\$1,000,000.00) como compensación total por todos los reclamos que podrían hacerse de los acuerdos y recuperaciones administrados por este proceso.

_____ **SI, LIQUIDE MI RECLAMO**

2. No elijo liquidar mi reclamo y por la presente solicito al Tribunal que determine el monto de los daños a los que tendrán derecho el Patrimonio y los posibles beneficiarios y sobrevivientes.

_____ **NO, NO LIQUIDE MI RECLAMO**

SECCIÓN 4
INFORMACIÓN DEL FALLECIDO - GENERAL

Si el difunto(a) estaba legalmente casado(a) al momento de la muerte, proporcione la siguiente información:

Nombre completo del cónyuge del difunto(a):

(Primer Nombre)	(Segundo Nombre)	(Apellido)

Fecha de nacimiento del cónyuge:

(mm/dd/aaaa)

Dirección postal del cónyuge del difunto (si es diferente de la dirección del difunto)

--

Calle

--

Ciudad / Estado / Código Postal

Fecha de casamiento:

(mm/dd/aaaa)

Condado/Ciudad/País de matrimonio:

--

¿El esposo(a) del difunto(a) también murió en el colapso? _____ Si _____ No

INFORMACIÓN DEL MENOR FALLECIDO - GENERAL

Si el difunto(a) era menor de edad, Por favor provea la siguiente información:

PADRE

Nombre completo:

--	--	--

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

(Apellido)

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección postal del padre (si es diferente de la dirección del difunto(a)):

--

Calle

--

Ciudad / Estado / Código Postal

Número de teléfono principal:

Correo electrónico del padre:

MADRE

Nombre completo:

--	--	--

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

(Apellido)

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección postal de la madre (si es diferente de la dirección del difunto(a)):

--

Calle

--

Ciudad / Estado / Código Postal

Número de teléfono principal:

Correo electrónico del padre:

**SECCIÓN 5:
ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR COMPENSACIÓN**

El Tribunal utilizará la siguiente información para determinar la elegibilidad de los Demandantes para recibir compensación.

¿Sobrevive el difunto por:

Cónyuge: Si No

Madre y o Padre: Si No

Hijo(s) o Hija(s) menores: Si No

Hijo(s) o Hija(s) Adulto(s): Si No

Otros familiares que hacen una reclamación: Si No

Si respondió que sí, por favor de listar los otros familiares que presentan un reclamo y su relación con el difunto en las líneas a continuación.

Proporcione información sobre el primer sobreviviente mencionado anteriormente. Llene una copia de la siguiente página para cada sobreviviente adicional. En otro caso, enviará una página para cada uno de los sobrevivientes enumerados anteriormente.

SOBREVIVIENTE #1

Nombre:

(Primer Nombre)	(Segundo Nombre)	(Apellido)

Fecha de Nacimiento:

(mm/dd/aaaa)

Relación con el difunto(a):

--

Número de Seguro Social (si corresponde):

--

¿Este sobreviviente fue apoyado financieramente por el difunto?

 Si

 No

SOBREVIVIENTE # []

Nombre:

(Primer Nombre)	(Segundo Nombre)	(Apellido)

Fecha de Nacimiento:

(mm/dd/aaaa)

Relación con el difunto(a):

--

Número de Seguro Social (si corresponde):

--

¿Este sobreviviente fue apoyado financieramente por el difunto?

 Si

 No

**SECCIÓN 4:
INFORMACIÓN DEL SOBREVIVIENTE**

La siguiente información permitirá que el Tribunal evalúe la relación entre el(los) sobreviviente(s) y el difunto con el fin de evaluar los daños. Puede proporcionar esta información en respuesta a las preguntas específicas a continuación o incluir la información en forma descriptiva adjunta a este Formulario de reclamación. Si está proporcionando respuestas en esta Sección 4, proporcione una Sección 4 completa para cada Superviviente:

SOBREVIVIENTE # []

Nombre del sobreviviente: _____

- (1) Describa la relación de este sobreviviente con el difunto, incluida la frecuencia con la que el sobreviviente interactuó con el difunto.

Respuesta:

- (2) Describa cómo la pérdida del difunto ha impactado la vida de este sobreviviente. Debe incluir cualquier angustia mental, pena o pena que el sobreviviente sufriera por la muerte del difunto y cualquier pérdida del cuidado, guía, consejo, capacitación, protección, sociedad, consuelo o compañía del difunto. Siéntase libre de incluir una descripción de cualquier servicio de atención médica relacionado con el duelo que el sobreviviente haya recibido para ayudar a lidiar con la pérdida del difunto.

Respuesta:

- (3) Si este sobreviviente reclama la pérdida de la manutención y los servicios del difunto, describa la cantidad de manutención y la naturaleza de los servicios que le brindó el difunto antes de su muerte.

Respuesta:

(Recuerde completar una copia de esta Sección 4 para cada Sobreviviente, a menos que esta información esté incluida en una descripción adjunta.)

**SECCIÓN 5:
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL FALLECIDO**

El Tribunal utilizará la siguiente información para determinar las pérdidas financieras asociadas con la muerte del difunto. Esta Sección solo debe completarse si los sobrevivientes presentan un reclamo por la pérdida de ingresos, la pérdida de la capacidad de generar ingresos en el futuro o la pérdida de acumulaciones netas en el Patrimonio del difunto. Puede proporcionar esta información en respuesta a las preguntas específicas a continuación o incluir la información en forma descriptiva adjunta a este Formulario de Reclamación. En cualquier caso, además de proporcionar respuestas por escrito, es importante que se proporcione documentación para respaldar las respuestas.

- (1) Identifique los empleadores y títulos de trabajo de los últimos cinco años y describa brevemente su situación laboral actual en el momento del colapso.

- (2) Si está reclamando ganancias perdidas, indique el monto reclamado y describa cómo se calculó ese monto:

- (3) Si reclama acumulaciones netas, indique el monto reclamado y describa cómo se calculó ese monto:

- (4) Proporcione las declaraciones de impuestos del difunto (o equivalentes razonables) de los últimos tres a cinco años. Si las declaraciones de impuestos no están disponibles, presente alguna prueba de ingresos de los últimos tres a cinco años.

PÁGINA DE FIRMA

SOLICITUD DE AUDIENCIA

___ Solicito una audiencia ante el Tribunal.

___ Doy mi consentimiento para que el Tribunal tome una determinación basada en mi Formulario de Reclamación y los documentos adjuntos y no solicito una audiencia.

**YO ENTIENDO QUE TODAS LAS DETERMINACIONES DE
ADJUDICACIÓN Y ASIGNACIONES DEL TRIBUNAL EN ESTE
PROCESO DE RECLAMACIÓN SON DEFINITIVAS Y NO APELABLES.**

CERTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado al Tribunal es verdadera y correcto a lo mejor de mi memoria.

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ABOGADO:

(Información de contacto de los abogados que ayudaron en la preparación de este Formulario de reclamación)

COLAPSO DE CHAMPLAIN TOWERS SOUTH

FORMULARIO DE RECLAMO

POR LESIONES PERSONALES

El propósito de este Formulario de Reclamo es brindarle al Tribunal información que se considerará al evaluar los reclamos por lesiones personales presentados debido al colapso de Champlain Towers South (el “Colapso de CTS”). Para ser elegible para recibir una parte de las recuperaciones y acuerdos en el litigio que surja del Colapso, debe presentar oportunamente este Formulario de Reclamo o el Formulario de Reclamo Simple por lesiones personales alternativo.

SI USTED PARTICIPA EN EL PROCESO DE RECLAMOS, TODAS LAS DETERMINACIONES DE ADJUDICACIÓN Y ASIGNACIONES DEL TRIBUNAL SON DEFINITIVAS Y NO APELABLES.

Puede preparar este Formulario de reclamo usted mismo, pero no tiene que hacerlo solo. El Tribunal ya ha designado a los Abogados de Acción Colectiva (abogados designados por el tribunal) que pueden ayudarle a completar este Formulario de reclamación. Si desea su ayuda, envíe un correo electrónico a la abogada Rachel Furst (correo electrónico: rwf@grossmanroth.com) y/o al abogado Curtis Miner (correo electrónico: curt@colson.com), quienes lo ayudarán a encontrar un abogado que lo ayude. No se le cobrará directamente por los servicios de un abogado designado por el tribunal. Ningún abogado está autorizado a cobrar por ayudarlo a completar y procesar este formulario sin la aprobación del Tribunal de dichos honorarios.

INSTRUCCIONES A LOS DEMANDANTES

Use este Formulario de Reclamo o el Formulario de Reclamo Simple por lesiones personales para presentar un reclamo por lesiones personales causadas por el Colapso. Si el Colapso resultó en una muerte, utilice el "Formulario de Reclamación por Muerte Injusta". Este formulario de reclamo abordará las partes de elegibilidad y compensación de su reclamo.

Si bien el Síndico y el Tribunal inicialmente mantendrán este Formulario de Reclamación como confidencial, en última instancia, puede compartirse con otras partes que el Síndico o el Tribunal consideren apropiadas, que pueden incluir a otros reclamantes, sus abogados y los demandados en este litigio.

La información en este formulario debe proporcionarse bajo juramento y estará sujeta a sanciones por perjurio.

Los formularios de reclamo completos deben enviarse al síndico designado por el tribunal, Michael I. Goldberg, enviándolos por correo electrónico a: CTSReceivership@akerman.com.

LA FECHA LÍMITE DE RECLAMOS ES EL 18 DE JULIO DEL 2022

SECCIÓN 1:
RECLAMANTE - INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo:

(Primer Nombre)	(Segundo Nombre)	(Apellido)

CTS Número de unidad en la que el difunto visitaba o residía:

Número de Seguro Social (si corresponde):

Dirección principal:

Calle

Ciudad / Estado / Código Postal

Número de teléfono principal:

Dirección de correo electrónico:

Fecha de Nacimiento:

(mm/dd/aaaa)

**SECCIÓN 2:
RECLAMANTE – INFORMACIÓN GENERAL**

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Si el Reclamante está casado, responda: ¿El cónyuge del Reclamante lesionado presenta un reclamo por pérdida de compañía y compañerismo debido a las lesiones del Reclamante (pérdida de consorcio)?

___ Si ___ No

Si la respuesta es no, puede saltarse el resto de esta sección. En caso afirmativo, continúe:

Nombre Completo del Cónyuge:

--	--	--

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

(Apellido)

Número de Seguro Social (si corresponde):

--

Fecha de casamiento:

--

(mm/dd/aaaa)

Describa la naturaleza de la reclamación:

INFORMACIÓN DE MENOR

Si el reclamante es menor de edad, proporcione la siguiente información:

PADRE

Nombre Completo:

(Primer Nombre)	(Segundo Nombre)	(Apellido)

Fecha de Nacimiento:

(mm/dd/aaaa)

Dirección postal del Padre (si es diferente de la dirección del reclamante):

--

Calle

--

Ciudad / Estado / Código Postal

Número de teléfono principal:

--

Dirección de correo electrónico del Padre:

--

MADRE

Nombre Completo:

(Primer Nombre)	(Segundo Nombre)	(Apellido)

Fecha de Nacimiento:

(mm/dd/aaaa)

Dirección postal del la Madre (si es diferente de la dirección del reclamante):

--

Calle

--

Ciudad / Estado / Código Postal

Número de teléfono principal:

--

Dirección de correo electrónico de la Madre:

--

SECCIÓN 4:
LESIONES DEL DEMANDANTE

La siguiente información permitirá que el Tribunal evalúe sus daños. Usted también puede proporcionar esta información en respuesta a las preguntas específicas a continuación o incluya la información en forma descriptiva adjunta a este Formulario de Reclamación. En cualquier caso, además de proporcionar respuestas por escrito, es importante que se proporcione documentación como registros médicos para respaldar las respuestas.

1) Describa cualquier lesión física por la cual reclama daños y perjuicios en este caso, especificando la parte de su cuerpo que resultó lesionado(a), la naturaleza de la lesión y los efectos de la lesión en usted.

2) Si buscó tratamiento por alguna lesión física, descríballo, incluso cuándo buscó tratamiento por primera vez, quién lo trató, el tratamiento que recibió.

3) Describa cualquier lesión mental, psicológica o emocional por la cual reclama daños y perjuicios en este caso.

4) Si buscó tratamiento por cualquier lesión mental, psicológica o emocional, descríballo, incluso cuándo buscó tratamiento por primera vez, quién lo trató y el tratamiento que recibió.

5) Describa cualquier tratamiento futuro que haya programado y/o recomendado por un médico u otro proveedor médico o de salud mental, así como una estimación del costo de dicha atención futura.

6) Describa cuál es su pronóstico actual para cualquier lesión física o lesión psicológica, mental o emocional que haya sufrido y quién le proporcionó ese pronóstico.

7) Liste cada artículo de gasto o daño, que no sea la pérdida de ingresos o la capacidad de obtener ingresos, en los que afirma haber incurrido como resultado del Colapso, dando para cada elemento la fecha en que se incurrió, el nombre y la dirección comercial de la persona o entidad a quién se le pagó o se le debe, y los bienes o servicios por los que se incurrió en cada uno. Asegúrese de incluir todos los costos de atención médica en los que incurrió en relación con el tratamiento mencionado anteriormente.

8) ¿Ha pagado algo algún tercero (por ejemplo: una aseguradora de salud, Medicaid o Medicare) por los daños mencionados en sus respuestas anteriores? De ser así, indique los montos pagados, el nombre de la aseguradora o entidad que pagó los montos y si alguno de esos terceros ha ejercido un derecho de retención o ha reclamado el derecho a recibir un reembolso de su recuperación.

**SECCIÓN 5:
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL DEMANDANTE**

Esta Sección solo debe completarse si el Reclamante está presentando un reclamo por la pérdida de ingresos o la pérdida de la capacidad de obtener ingresos en el futuro como resultado de las lesiones que sufrió el Reclamante en el Colapso de CTS. Puede proporcionar esta información en respuesta a las preguntas específicas a continuación o incluir la información en forma descriptiva adjunta a este Formulario de Reclamación. En cualquier caso, además de proporcionar respuestas por escrito, es importante que se proporcione documentación para respaldar las respuestas.

- (1) Identifique a sus empleadores y títulos de trabajo durante los últimos cinco años y describa brevemente su situación laboral actual en el momento del colapso.

- (2) Indique el monto reclamado por pérdida de ingresos o pérdida de capacidad de ingresos y describa cómo se calculó ese monto:

- (3) Proporcione sus declaraciones de impuestos (o equivalentes razonables) de los últimos cinco años. Si las declaraciones de impuestos no están disponibles, presente alguna prueba de ingresos de los últimos cinco años.

PÁGINA DE FIRMA

SOLICITUD DE AUDIENCIA

___ Solicito una audiencia ante el Tribunal.

___ Doy mi consentimiento para que el Tribunal tome una determinación basada en mi Formulario de Reclamación y los documentos adjuntos y no solicito una audiencia.

**YO ENTIENDO QUE TODAS LAS DETERMINACIONES DE
ADJUDICACIÓN Y ASIGNACIONES DEL TRIBUNAL EN ESTE
PROCESO DE RECLAMACIÓN SON DEFINITIVAS Y NO APELABLES.**

CERTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado al Tribunal es verdadera y correcto a lo mejor de mi memoria.

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ABOGADO:

(Información de contacto de los abogados que ayudaron en la preparación de este Formulario de reclamación)

COLAPSO DE CHAMPLAIN TOWERS SOUTH
FORMULARIO DE RECLAMO SIMPLE
POR LESIONES PERSONALES

INSTRUCCIONES

El 24 de junio de 2021, se derrumbó Champlain Towers South (“CTS”). El colapso resultó en muchas muertes, causó lesiones personales y destruyó una gran cantidad de Unidades, junto con su contenido (el “Colapso CTS”).

El propósito de este Formulario de Reclamación Simple es brindar a los Miembros de la Acción Colectiva que sobrevivieron al Colapso de CTS la oportunidad de recibir una compensación directa por lesiones personales (incluidos daños psicológicos y angustia emocional). Si completa y envía este Formulario de Reclamo, puede recibir \$50,000 del CTS Patrimonio de la administración judicial, en satisfacción de cualquiera y todos los reclamos por lesiones personales que pueda tener. [Tenga en cuenta que para los propietarios de unidades que no estuvieron presentes en CTS en el momento del Colapso CTS, esto pretende ser un pago “por Unidad” a propietarios que sufrieron una lesión personal. Si más de un propietario de la Unidad hace un registro personal válido reclamación por lesiones, el pago tendría que ser compartido entre los propietarios.]

Puede ponerse en contacto con el abogado designado por el tribunal (**Adam Moskowitz**, al adam@moskowitz-law.com, Rachel Furst, al rwf@grossmanroth.com, y/o **Curtis Miner**, curt@colson.com) si tienes alguna duda o pregunta **sin costo alguno para usted**. Debe completar y devolver este Formulario de Reclamación al **Síndico Michael Goldberg antes del 18 de Julio, 2022**, enviándolo por correo electrónico a: CTSReceivership@akerman.com.

En lugar de completar este Formulario de Reclamo Simple, **puede decidir completar el Formulario de Reclamo por Lesiones Personales de CTS completo**, por lo tanto, renunciando así a sabiendas y voluntariamente a cualquier derecho a este pago fijo de \$50,000, pero se le solicitará que: (1) presente pruebas y testimonios de respaldo por su presunto de Reclamación por Lesiones Personales, y (2) tendrá la oportunidad de comparecer en una audiencia ante el Tribunal, quien determinará: (a) si tiene derecho a una reclamación según las leyes del Estado de Florida, y (b) el monto apropiado de dicha reclamación. Mientras no haya una garantía o ***ningún*** pago a través de la presentación a este proceso alternativo, ese pago podría exceder potencialmente los \$50,000, según la determinación del Tribunal.

INFORMACIÓN DEL
RECLAMO

SECCIÓN 1:

INFORMACIÓN DEL RECLAMO

Nombre Completo:

--	--	--

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

(Apellido)

Número de teléfono principal:

**Número de unidad CTS que el reclamante poseía o estaba visitando o residiendo en el
Hora del colapso de CTS:**

¿Estaba presente el reclamante en la propiedad de CTS en el momento del colapso?

Si: ___ No: ___

Dirección postal actual:

Dirección de correo electrónico:

Número de Seguro Social (si corresponde):

Fecha de Nacimiento:

**SECCIÓN 2:
DECLARACIONES**

1. Yo era propietario de una unidad de CTS en el momento del Colapso, o era un arrendatario, inquilino o invitado presente en CTS en el momento del colapso, y sufrí angustia emocional y/o una lesión física

_____ **Si**

2. ¿Ha pagado algo algún tercero (por ejemplo: ¿una aseguradora de salud, Medicaid o Medicare) por el tratamiento de su angustia emocional o lesión física relacionada con el Colapso?

_____ **Si**

_____ **No**

- (1) Si respondió Sí a la pregunta 2 anterior, indique las cantidades pagadas, el nombre de la aseguradora o entidad que pagó las cantidades y si alguno de esos terceros ha ejercido un derecho de retención o de otro modo reclamó un derecho a ser reembolsado de tu recuperación.

SECCIÓN 3:

CERTIFICACION DEL DEMANDANTE

Yo declaro, **bajo pena de perjurio**, que la respuesta anterior es verdadera y correcta (para mí individualmente y/o como tutor legal del Demandante).

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre: _____

COLAPSO DE CHAMPLAIN TOWERS SOUTH
FORMULARIO DE RECLAMO POR PROPIEDAD
PERSONAL/CONTENIDO DE LA UNIDAD

El propósito de este Formulario de Reclamación es proporcionar al Tribunal información que se considerará al evaluar las reclamaciones por daños y perjuicios por la pérdida de propiedad personal o contenido de la Unidad debido al colapso de Champlain Towers South (el "Colapso de CTS"). Para ser elegible para recibir una parte de las recuperaciones y acuerdos en el litigio que surja del Colapso, debe presentar oportunamente este Formulario de Reclamación o el Formulario de Reclamación Simple de Bienes Personales/Contenido alternativo.

**SI USTED PARTICIPA EN EL PROCESO DE RECLAMACIÓN,
TODAS LAS DETERMINACIONES DE ADJUDICACIÓN Y ASIGNACIONES
DEL TRIBUNAL SON DEFINITIVAS Y NO APELABLES.**

Puede preparar este Formulario de Reclamo usted mismo, pero no tiene que hacerlo solo. El Tribunal ya ha designado a los Abogados de la Acción Colectiva (abogados designados por el tribunal) que pueden ayudarlo a completar este Formulario de reclamación. Si desea su ayuda, envíe un correo electrónico a la abogada Rachel Furst (e-mail: rwf@grossmanroth.com) y/o abogado Curtis Miner (e-mail: curt@colson.com), quien lo ayudará a conseguir un abogado para que lo ayude. No se le cobrará directamente por los servicios de un abogado designado por el tribunal. Ningún abogado está autorizado a cobrar por ayudarlo a completar y procesar este formulario sin la aprobación del Tribunal de dichos honorarios.

INSTRUCCIONES A LOS DEMANDANTES

Use este **Formulario de Reclamo** o el **Formulario de Reclamo Simple de Propiedad Personal/Contenido** para presentar una reclamación por la pérdida de bienes muebles o contenido de la Unidad causada por el Derrumbe.

Tenga en cuenta que los propietarios de unidades no son elegibles para presentar reclamos por la pérdida de propiedad personal o contenido. El Acuerdo de Liquidación de Asignación previamente aprobado incluía una compensación a los propietarios por dichos reclamos.

Aunque este Formulario de Reclamación se mantendrá inicialmente como confidencial por el Síndico y el Tribunal en última instancia, puede compartirse con otras partes que el Síndico o el Tribunal consideren apropiadas, que pueden incluir a otros demandantes, sus abogados y demandados en este litigio.

La información en este formulario debe proporcionarse bajo juramento y estará sujeta a sanciones por perjurio.

Los formularios de reclamo completos deben enviarse al síndico designado por el tribunal, Michael I. Goldberg, enviándolos por correo electrónico a: CTSReceivership@akerman.com.

LA FECHA FINAL PARA RECLAMOS ES JULIO 18, 2022

**SECCIÓN 1:
RECLAMANTE - INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre Completo:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Primera Nombre)	(Segundo Nombre)	(Apellido)

Número de Unidad CTS de Pérdida de Bienes o Contenidos:

Calle

Ciudad / Estado / Código Postal

Número de teléfono principal:

Dirección de correo electrónico de la Madre:

Fecha de Nacimiento:

(mm/dd/aaaa)

SECCIÓN 2:
PROPIEDAD PERSONAL / CONTENIDOS DE LA UNIDAD

Liste cada artículo de propiedad personal o contenido de la Unidad por los cuales reclama daños. Proporcione tantos detalles como sea práctico para describir el artículo, incluida la fecha en que se adquirió y su costo en ese momento. La cantidad reclamada debe reflejar el valor del artículo en el momento de su pérdida.

PROPIEDAD	Cantidad Reclamada
	\$
	\$
Total	\$ _____

Para cada artículo reclamado, adjunte, si está disponible, lo siguiente: una fotografía del artículo o que incluya el artículo, cualquier recibo u otra documentación que refleje su compra o valor. En ausencia de documentación que establezca el valor, describa cómo se calculó el valor.

**SECCIÓN 3:
SEGURO**

¿Tenía seguro de inquilino o contenido, o cualquier otra forma de seguro, que lo compensó en su totalidad o en parte por cualquiera de los artículos de propiedad enumerados anteriormente?

___Si ___No

Si tenía dicho seguro, proporcione la siguiente información:

Nombre del asegurador (es):

Número(s) de póliza(s):

Cantidad o monto de su reclamación a el seguro: \$_____

Cantidad o monto pagada a usted por el seguro: \$_____

Cantidad o Monto de cualquier deducible por el cual usted era responsable: \$_____

Adjunte también una copia de cualquier formulario de reclamación que haya enviado a el seguro.

Si la aseguradora le ha puesto sobre aviso de un derecho a ser reembolsado por los pagos realizados a usted de cualquier recuperación que pueda hacer de otra persona por la pérdida de su propiedad, adjunte una copia de ese aviso.

PÁGINA DE FIRMA

**YO ENTIENDO QUE TODAS LAS DETERMINACIONES DE
ADJUDICACIÓN Y ASIGNACIONES DEL TRIBUNAL EN ESTE
PROCESO DE RECLAMACIÓN SON DEFINITIVAS Y NO APELABLES.**

CERTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ABOGADO:

(Información de contacto de los abogados que ayudaron en la preparación de este Formulario de reclamación)

COLAPSO DE CHAMPLAIN TOWERS SOUTH
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
SIMPLE
NO PROPIETARIO (INQUILINO, OCUPANTE)
PROPIEDAD
PERSONAL/CONTENIDO

El 24 de junio de 2021, el edificio Champlain Towers South Condominium ("CTS") se derrumbó. El colapso resultó en muchas muertes, heridas a muchos sobrevivientes y destruyó una gran cantidad de Unidades, junto con su contenido (el "Colapso CTS").

El Tribunal ya otorgó la Aprobación final a un Acuerdo entre los Miembros de la Acción Colectiva de pérdidas económicas (es decir, los Propietarios de unidades) y el Síndico. En ese Acuerdo se incluía una resolución de todos y cada uno de los reclamos de los Propietarios de unidades por sus contenidos perdidos.

El propósito de este Formulario de Reclamación es brindar a todos los Miembros de la Acción Colectiva de Pérdidas Económicas **que no eran Propietarios de Unidades** (es decir, inquilinos, etc.), la oportunidad de recibir una compensación, específicamente por la pérdida de propiedad personal y/o contenido de la Unidad, como resultado del colapso.

Si acepta completar este Formulario de reclamo y puede responder "Sí" **a 1, y 2 o 3, cada Unidad tendrá derecho a un pago directo de \$10,000** (para invitados, inquilinos a corto plazo, etc.) o \$50,000 (Para "residentes primarios") del Patrimonio en Concurso de CTS. Los ocupantes múltiples no pueden presentar reclamos por separado utilizando este formulario, pero deben compartir esta compensación total. La Corte ya ha nombrado **Rachel Furst (e-mail: rwf@grossmanroth.com) y/o Curtis Miner (e-mail: curt@colson.com)**, que puede ayudar a conseguir un abogado para que lo ayude sin costo alguno para usted. Debe completar y devolver este formulario a **Michael Goldberg antes del 18 de Julio, 2022**, enviándolo por correo electrónico a: CTSReceivership@akerman.com.

En lugar de completar este Formulario de reclamo simple, **usted puede optar por completar el Formulario de Reclamo de Propiedad Personal / Contenido de la unidad completo de CTS, renunciando así a sabiendas y voluntariamente** a cualquier derecho a este pago fijo de \$10,000 o \$50,000, pero se le pedirá que presente evidencia de respaldo para su supuesta reclamación por pérdida de propiedad. El Tribunal evaluará Su reclamo y determinará: (a) si tiene derecho a un reclamo según las leyes del Estado de Florida, y (b) el monto apropiado de dicho reclamo. Si bien no hay garantía de ningún pago mediante la presentación a este proceso alternativo, ese pago podría exceder potencialmente los \$10,000 o \$50,000, según los resultados del proceso de evaluación.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Nombre Completo:

--	--	--

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

(Apellido)

Numero de Unidad:

Número de teléfono principal:

Dirección postal actual:

Dirección de correo electrónico:

SECCIÓN 2:

DECLARACIONES

1. Yo residía y/o estaba presente en CTS el 24 de junio de 2021 y **no era** propietario de la Unidad

_____Si

Y

2. La Unidad era mi "residencia principal" en el momento del colapso de CTS (y por lo tanto tenía derecho a \$50,000 por propiedad personal dañada)

_____Si

O

3. La Unidad no era mi "residencia principal" en el momento del colapso de CTS (y por lo tanto tenía derecho a \$10,000 por propiedad personal dañada)

_____Si

SECCIÓN 3:

CERTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE

Yo declaro, bajo pena de perjurio, que las respuestas anteriores son verdaderas y correctas.

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre: _____