

**UNITED STATES DISTRICT COURT  
EASTERN DISTRICT OF NEW YORK**

**Mayra Cruz, individually and on behalf of all  
other persons similarly situated,**

**Plaintiff,**

**v.**

**Ultimate Care, Inc.**

**Defendant.**

**Case No. 22-cv-07520**

**CONSENTIMIENTO PARA  
DEMANDAR**

1. Trabajé para Ultimate Care, Inc., como asistente de salud en el hogar en los últimos tres años, trabajé en turnos de 24 horas, trabajé durante los períodos de comida y sueño, y no me pagaron horas extra por todas las horas que trabajé. 40 en una semana laboral.
2. Si trabajé para el Demandado en los últimos tres años, entiendo que esta demanda y mis reclamos se presentan bajo la Ley de Normas Laborales Justas, 29 U.S.C. § 201, et seq. Si trabajé para el Demandado en los últimos seis años, entiendo que esta demanda y mis reclamos también están sujetos a las Leyes Laborales del Estado de Nueva York. Por la presente, doy mi consentimiento, acepto y “participo” en esta acción para continuar con mis reclamos que surjan de mi empleo como asistente de atención médica en el hogar para Ultimate Care, Inc., y estoy obligado por cualquier sentencia del Tribunal o cualquier acuerdo de esta acción.
3. Por la presente, designo a los siguientes bufetes de abogados para que me representen a todos los efectos en esta acción: Getman, Sweeney & Dunn, PLLC, 260 Fair Street, Kingston, NY 12401; y Justicia Laboral, LLC, 6232 N. Pulaski, #300, Chicago, IL 60646
4. También designo al demandante nombrado en esta acción como mi agente para que tome decisiones en mi nombre con respecto al litigio, incluido el método y la manera de llevar a cabo este litigio, celebrar acuerdos de conciliación y todos los demás asuntos relacionados con este juicio.
5. Al firmar y devolver este consentimiento para demandar, entiendo que, si me aceptan para la representación, seré representado por los abogados mencionados anteriormente sin el pago anticipado de costos u honorarios de abogados. Entiendo que si los Demandantes tienen éxito, los costos gastados por los abogados en mi nombre se deducirán del monto de mi acuerdo o sentencia en forma prorrateada con todos los demás Demandantes. Entiendo que los abogados pueden solicitar al tribunal una adjudicación de honorarios y costos a pagar por el Demandado en mi nombre. Entiendo que los honorarios retenidos por los abogados serán el monto recibido del demandado o 1/3 de mi liquidación bruta o monto de juicio, lo que sea mayor.

Fecha:

Firma

Imprimir nombre

Para ser considerado para representación, envíe el formulario completo a Getman, Sweeney & Dunn, PLLC, 260 Fair Street, Kingston, NY 12401, o envíelo por fax al (866) 543-9619 o (845) 255-8649, o envíelo por correo electrónico a Ultimate@getmansweeney.com. Este Consentimiento para demandar no es válido y efectivo hasta que haya recibido un recibo del Abogado de los demandantes que indique que se ha presentado. Si no ha recibido un recibo dentro de las 3 semanas posteriores a la transmisión del formulario, debe comunicarse con nosotros por teléfono al (845) 255-9370.

**La siguiente información es obligatoria, pero no se presentará ante el tribunal ni se compartirá con Ultimate Care, Inc. Escriba claramente en letra de imprenta oa máquina.**

**Nombre completo:**

**Dirección postal actual:**

**Ciudad:**

**Estado:**

**Código postal:**

**Numero de celular:**

**Número de teléfono de casa (si es diferente):**

**Correo electrónico:**

**Marque la mejor manera/formas de comunicarse con usted:**

**Texto    Correo electrónico    Teléfono    WhatsApp**

**Idioma principal (si no es inglés):**

**Contacto de emergencia (opcional): ¿A quién debemos contactar en caso de que no podamos contactarlo?  
Por favor proporcione un nombre y una forma de contactar a la persona:**

**Trabajé en turnos de 24 horas como asistente de salud en el hogar en Ultimate Care: Sí    No**

**Trabajé durante mi período de sueño de 8 horas: Sí    No**

**Trabajé durante mis descansos para comer: Sí    No**

**Ingrese las fechas aproximadas de empleo en Ultimate Care aquí. Si no sabe las fechas de su empleo pero sabe el(los) año(s), ingrese el(los) año(s). Si no lo recuerda, puede escribir “No lo sé”.**

Para ser considerado para representación, envíe el formulario completo a Getman, Sweeney & Dunn, PLLC, 260 Fair Street, Kingston, NY 12401, o envíelo por fax al (866) 543-9619 o (845) 255-8649, o envíelo por correo electrónico a Ultimate@getmansweeney.com. Este Consentimiento para demandar no es válido y efectivo hasta que haya recibido un recibo del Abogado de los demandantes que indique que se ha presentado. Si no ha recibido un recibo dentro de las 3 semanas posteriores a la transmisión del formulario, debe comunicarse con nosotros por teléfono al (845) 255-9370.