

**ELECTION NOT TO PARTICIPATE IN (“OPT OUT” FROM) CLASS ACTION SETTLEMENT**

Superior Court of the State of California, County of Los Angeles

*Serena Jones v. Amada Weld Tech, Inc.*

Case No. 21STCV33989

**ONLY SIGN AND MAIL THIS DOCUMENT IF YOU WISH TO EXCLUDE YOURSELF FROM THE CLASS PORTION OF THE SETTLEMENT. IF YOU EXCLUDE YOURSELF, YOU WILL NOT RECEIVE AN INDIVIDUAL SETTLEMENT SHARE FROM THE CLASS PORTION OF THE SETTLEMENT. This document must be faxed, emailed, or postmarked no later than April 3, 2023 and sent via U.S. Mail to:**

Amada Weld Tech, Inc. Settlement Administrator,  
C/O Phoenix Class Action Settlement Administrators  
P.O. Box 7208  
Orange, CA 92863  
Telephone: (800) 523-5773  
Facsimile: (949) 209-2503

**By signing and mailing this form to exclude yourself from the class portion of the settlement, you are agreeing to and confirming the following:**

It is my decision not to participate in the class portion of the settlement in *Jones v. Amada Weld Tech, Inc.* I understand that by excluding myself from the class portion of the settlement, I will not release the Released Claims and will not receive an Individual Settlement Share. However, if I am an Eligible Aggrieved Employee and qualify for an Individual PAGA Payment, I will release the PAGA Released Claims and will be mailed my Individual PAGA Payment, regardless of whether I timely and validly exclude myself from the class portion of the settlement.

I confirm that I am and/or was employed by Amada Weld Tech, Inc. as an hourly-paid or non-exempt employee within the State of California during the time period from March 5, 2017, to July 5, 2022. I confirm that I have received and reviewed the Notice of Class and Representative Action Settlement in this action. I have decided to be excluded from the class portion of the proposed settlement, and I have decided **not** to participate in the class portion of the proposed settlement.

Dated: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(Signature)*

\_\_\_\_\_  
*(Last Four Digits of Social Security Number)*

\_\_\_\_\_  
*(Type or print name and any former name(s) if applicable)*

\_\_\_\_\_  
*(Address)*

\_\_\_\_\_  
*(Address continued)*

**ELECCIÓN DE NO PARTICIPAR EN EL ACUERDO DE DEMANDA COLECTIVA**

Tribunal Superior del Estado de California, Condado de Los Ángeles

*Serena Jones contra Amada Weld Tech, Inc.*

Caso nº 21STCV33989

**SÓLO FIRME Y ENVÍE POR CORREO ESTE DOCUMENTO SI DESEA EXCLUIRSE DE LA PARTE COLECTIVA DEL ACUERDO. SI SE EXCLUYE, NO RECIBIRÁ UNA PARTE INDIVIDUAL DEL ACUERDO DE LA PORCIÓN COLECTIVA DEL ACUERDO. Este documento debe ser enviado por fax, correo electrónico o matasellado no más tarde del 3 de abril de 2023 y enviado por correo de EE.UU. a:**

Amada Weld Tech, Inc. Administrador del acuerdo,  
C/O Phoenix Class Action Settlement Administrators  
P.O. Box 7208  
Orange, CA 92863  
Teléfono: (800) 523-5773  
Fax: (949) 209-2503

**Al firmar y enviar por correo este formulario para excluirse de la parte colectiva del acuerdo, está aceptando y confirmando lo siguiente:**

Es mi decisión no participar en la porción colectiva del acuerdo en *Jones v. Amada Weld Tech, Inc.* Entiendo que al excluirme de la porción colectiva del acuerdo, no liberaré las Reclamaciones Liberadas y no recibiré una Participación Individual en el Acuerdo. Sin embargo, si soy un Empleado Agraviado Elegible y califico para un Pago PAGA Individual, liberaré las Reclamaciones Liberadas PAGA y se me enviará por correo mi Pago PAGA Individual, independientemente de si me excluyo oportuna y válidamente de la porción colectiva del acuerdo.

Confirmando que soy y/o fui empleado de Amada Weld Tech, Inc. como empleado remunerado por hora o no exento dentro del Estado de California durante el período comprendido entre el 5 de marzo de 2017 y el 5 de julio de 2022. Confirmando que he recibido y revisado la Notificación del Acuerdo de Acción Colectiva y Representativa en esta acción. He decidido ser excluido de la parte de la demanda colectiva del acuerdo propuesto, y he decidido **no** participar en la parte de la demanda colectiva del acuerdo propuesto.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Cuatro últimos dígitos del número de la Seguridad Social)

\_\_\_\_\_  
(Escriba a máquina o con letra de imprenta el nombre y los nombres anteriores, si procede)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Continuación de la dirección)