**Demande de dommages-intérêts**

Department of Executive Services

**Office of Risk Management Services**

Téléphone : 206-263-2250

TTY : 800-833-6388

de 8h30 à 16h30

Du lundi au vendredi

kingcounty.gov/claims

**Instructions**

Remplissez les **deux** **côtés** du présent formulaire. Donnez des détails spécifiques sur vos dommages ou pertes. Inclure les témoins et les documents à l'appui.

Les informations et les documents que vous soumettez sont soumis aux lois sur les archives publiques.

**N'envoyez pas de dossiers personnels ou médicaux sensibles avec votre formulaire de réclamation.** Notre investigateur demandera vos dossiers personnels ou médicaux si nécessaire.

Assurez-vous de **signer** votre formulaire de réclamation dûment rempli.

Vous pouvez soumettre votre formulaire de réclamation rempli de l'une des manières suivantes :

1. Envoyez votre formulaire de réclamation signé et rempli par courriel à fileaclaim@kingcounty.gov
2. Envoyez par la poste ou apporter votre formulaire de réclamation dûment rempli et signé à :

King County Office of Risk Management Services

King Street Center

201 South Jackson Street, Suite 320

Seattle, WA 98104

Le Bureau des services de gestion des risques enquêtera sur votre réclamation. Notre enquête commence lorsque nous recevons votre formulaire de réclamation. Votre investigateur peut demander des pièces justificatives. Il vous fournira une adresse électronique où vous pourrez soumettre ces documents.

Votre réclamation peut donner lieu à l'un des trois résultats suivants pour King County :

1. Paiement d'une somme d'argent.
2. Envoi ou transfert d'une réclamation à une autre partie ou entité responsable.
3. Refus d'une réclamation lorsqu'il n'y a pas de preuve de la responsabilité du comté de King.

Si vous avez des questions, veuillez appeler 206-263-2250.

**Informations sur le demandeur**

Langue préférée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Adresse postale : |  |  |  |  |
|  | Adresse postale - Ville - État - Code postal |

Adresse courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone préféré : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Autre téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_

Êtes-vous représenté par un avocat ? □ Oui □ Non

Nom de l'avocat : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Adresse postale : |  |  |  |  |
|  | Adresse postale - Ville - État - Code postal |

Adresse courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informations sur l'incident**

Date de l'incident : \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_
Heure de l'incident : \_\_\_\_:\_\_\_\_ □ AM (matin) □ PM (après-midi)

Où l'incident s'est-il produit ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de la rue ou de la route : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Intersection: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Décrivez ce qui s'est passé (joignez d'autres pages au besoin). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous été blessé ? □ Oui □ Non

Décrivez tout dommage ou blessure. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comment King County a-t-il été impliqué ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Témoins et autres personnes concernées :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nom - Téléphone/Courriel - Comment cette personne a-t-elle été impliquée ? |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

Votre véhicule a-t-il été impliqué ou endommagé ? □ Oui □ Non

Plaque : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Marque : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Modèle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du propriétaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro de police d'assurance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro de réclamation d'assurance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Un autobus ou autre véhicule de King County était-il impliqué ? □ Oui □ Non

Itinéraire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numéro de véhicule : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Plaque d'immatriculation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

J'étais un : □ Passager en autobus □ Chauffeur d'un autre véhicule □ Piéton

□ Passager d’un autre véhicule □ Propriétaire d'un autre véhicule □ Cycliste

Je réclame des dommages-intérêts d'un montant de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $.

**Je déclare sous peine de parjure en vertu des lois de l'État de Washington que ce qui précède est vrai et exact.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Signature | Nom en caractères d'imprimerie | Date | Ville et État |