

**Giấy Yêu cầu Bồi thường Thiệt hại**  
Có định dạng thay thế khác  
Xem hướng dẫn ở mặt sau.



Department of Executive Services  
(Phòng Dịch vụ Quản trị)  
**Risk Management Services**  
(Bộ phận Quản lý Rủi ro)  
ĐT: 206-296-7432  
TTY: 800-833-6388

Ở này chỉ dành cho Cơ quan Hành chính.

Họ và tên: \_\_\_\_\_  
Tên, tên đệm, họ (hoặc tên công ty)

Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
(Nhà riêng hoặc công ty) Thành phố Tiểu bang Zip

Điện thoại Công ty: \_\_\_\_\_ Điện thoại Nhà riêng: \_\_\_\_\_ Tin nhắn / Điện thoại Di động: \_\_\_\_\_

Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Địa chỉ Email: \_\_\_\_\_

Địa chỉ của Quý vị tại thời điểm xảy ra tổn thất / sự cố: \_\_\_\_\_  
Địa chỉ Thành phố Tiểu bang Zip

Ngày xảy ra sự cố: \_\_\_\_\_ Thời Gian xảy ra sự cố: \_\_\_\_\_ Số tiền yêu cầu bồi thường: \$ \_\_\_\_\_

Địa chỉ/Địa điểm xảy ra tổn thất/sự cố: \_\_\_\_\_

Mô tả chi tiết (Mô tả tổn thất / sự cố xảy ra như thế nào): \_\_\_\_\_

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

(Đính kèm các trang bổ sung và giấy tờ chứng minh nếu cần.)

Sự tham gia của Quận King (Nếu có thể, vui lòng nêu rõ tên nhân viên và/hoặc phòng ban liên quan):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nhân chứng (vui lòng cung cấp địa chỉ và số điện thoại):  
(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Điền mục này cho các yêu cầu bồi thường Metro Transit.**  
Số tuyến: \_\_\_\_\_ Số xe buýt đường dài / phương tiện: \_\_\_\_\_ Số đăng ký của xe buýt đường dài / phương tiện: \_\_\_\_\_  
Tôi là:  Hành khách xe buýt  Người đi bộ  Chủ sở hữu  Lái xe của phương tiện khác  Hành khách trên phương tiện khác  
 Khác (nếu rõ): \_\_\_\_\_

**Thiệt hại về tài sản** (xin hãy mô tả giá trị và mức độ thiệt hại đối với nhà cửa, ô tô hoặc tài sản cá nhân của quý vị. Đính kèm bản ước tính, hóa đơn hay bất kỳ giấy tờ nào về thiệt hại mà quý vị có): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nhãn hiệu: \_\_\_\_\_ Dòng xe: \_\_\_\_\_ Số Năm: \_\_\_\_\_ Đăng ký: \_\_\_\_\_ Tên Bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Số Hợp đồng: \_\_\_\_\_

Quý vị có bị thương tích không?  Không  Có Nếu có, xin hãy điền phần dưới đây:  
Mô tả thương tích của quý vị (Nêu tên (các) bác sĩ/người chăm sóc sức khỏe của quý vị): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Hiện quý vị vẫn còn đang nhận điều trị y tế không?  Không  Có Công ty: \_\_\_\_\_  
Mất tiền lương?  Không  Có Nếu Có, xin hãy nêu mức lương: \_\_\_\_\_ Loại hình công việc: \_\_\_\_\_

“ Tôi tuyên bố dưới hình phạt khai man theo luật pháp của Tiểu bang Washington rằng các nội dung trên là đúng sự thật và chính xác.”

(Ngày và Địa điểm (Thành phố, Tiểu bang)) \_\_\_\_\_ Chữ ký \_\_\_\_\_

