

ਨੁਕਸਾਨ ਲਈ ਦਾਅਵਾ



King County

Department of Executive Services
Office of Risk Management Services
Phone: 206-263-2250
TTY: 800-833-6388
8:30am - 4:30pm
Monday - Friday
kingcounty.gov/claims

ਨਿਰਦੇਸ਼

ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਦੋਵੇਂ ਪਾਸਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਭਰੋ। ਆਪਣੇ ਨੁਕਸਾਨ ਜਾਂ ਹਾਨੀ ਬਾਰੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ। ਗਵਾਹ ਅਤੇ ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।

ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪਬਲਿਕ ਰਿਕਾਰਡ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹਨ।

ਆਪਣੇ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਫਾਰਮ ਨਾਲ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਨਿੱਜੀ ਜਾਂ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਨਾ ਭੇਜੋ।

ਜੇਕਰ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ ਤਾਂ ਸਾਡਾ ਜਾਂਚਕਰਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿੱਜੀ ਜਾਂ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰੇਗਾ।

ਪੂਰੇ ਭਰੇ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਫਾਰਮ ਤੇ ਆਪਣੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨਾ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ।

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਪੂਰਾ ਭਰਾ ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ ਇਹਨਾਂ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

ਆਪਣੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਪੂਰੇ ਭਰੇ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਇੱਥੇ ਈਮੇਲ ਕਰੋ: fileclaim@kingcounty.gov

ਆਪਣੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਪੂਰੇ ਭਰੇ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਇੱਥੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ ਜਾਂ ਡਿਲਿਵਰ ਕਰੋ:

King County Office of Risk Management Services
King Street Center
201 South Jackson Street, Suite 320
Seattle, WA 98104

ਜੇਕਰ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਦਫਤਰ ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੇਗਾ। ਜਦੋਂ ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ ਦਾ ਫਾਰਮ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਸਾਡੀ ਜਾਂਚ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਜਾਂਚਕਰਤਾ ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਉਹ ਇੱਕ ਈਮੇਲ ਪਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਗੇ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ ਦਾ ਪਰਿਣਾਮ, ਹੇਠਾਂ ਤਿੰਨ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਨਤੀਜਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕਿੰਗ ਕਾਉਂਟੀ ਕਰੇਗਾ:

1. ਇੱਕ ਰਕਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗਾ।
2. ਟੈਂਡਰ ਜਾਂ ਦਾਅਵੇ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੱਖਰੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਪਾਰਟੀ ਜਾਂ ਸੰਸਥਾ ਨੂੰ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਕਰੇਗਾ।
3. ਕਿੰਗ ਕਾਉਂਟੀ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਦੇ ਪ੍ਰਮਾਣ ਨਹੀਂ ਹੋਣ ਤੇ ਦਾਅਵੇ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰੇਗਾ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜੇਕਰ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ 206-263-2250.

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ: _____

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਂ: _____

ਡਾਕ ਭੇਜਣ ਦਾ ਪਤਾ: _____
ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ - ਸਿਟੀ - ਰਾਜ - ਜਿਪ

ਈਮੇਲ ਪਤਾ: _____

ਪਸੰਦੀਦਾ ਫੋਨ: _____ ਵਿਕਲਪੀ ਫੋਨ: _____

ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ: ____ / ____ / ____

ਕੀ ਕੋਈ ਅਟਾਰਨੀ ਤੁਹਾਡੀ ਨੁਮਾਇੰਦਗੀ ਕਰਦਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਅਟਾਰਨੀ ਦਾ ਨਾਂ: _____

ਡਾਕ ਭੇਜਣ ਦਾ ਪਤਾ: _____
ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ - ਸਿਟੀ - ਰਾਜ - ਜਿਪ

ਈਮੇਲ ਪਤਾ: _____

ਫੋਨ: _____

ਘਟਨਾ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਤਾਰੀਖ: ____ / ____ / ____ ਸਮਾਂ: ____: ____ AM PM

ਇਹ ਘਟਨਾ ਕਿੱਥੇ ਹੋਈ ਸੀ? _____

ਗਲੀ ਜਾਂ ਰੋਡ ਦਾ ਨਾਂ: _____ ਨੇੜਲਾ ਇੰਟਰਸੈਕਸ਼ਨ: _____

ਜੇ ਹੋਇਆ ਸੀ ਉਸਦੇ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ (ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਹੋਰ ਪੇਜ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)। _____

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜ਼ਖਮੀ ਹੋਏ ਸੀ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਕਿਸੇ ਵੀ ਨੁਕਸਾਨ ਜਾਂ ਸੱਟਾਂ ਬਾਰੇ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ। _____

ਕਿੰਗ ਕਾਉਂਟੀ ਕਿਵੇਂ ਸ਼ਾਮਲ ਸੀ? _____

ਗਵਾਹ ਅਤੇ ਹੋਰ ਸ਼ਾਮਲ ਵਿਅਕਤੀ:

ਨਾਂ: - ਫੋਨ/ਈਮੇਲ - ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਵੇਂ ਸ਼ਾਮਲ ਸੀ?

1. _____

2. _____

3. _____

ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਵਾਹਨ ਸ਼ਾਮਲ ਸੀ ਜਾਂ ਉਸਦਾ ਨੁਕਸਾਨ ਹੋਇਆ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਲਾਇਸੰਸ ਪਲੇਟ: _____ ਮੋਕ: _____ ਮਾਡਲ: _____ ਸਾਲ: _____

ਮਾਲਕ ਦਾ ਨਾਂ: _____

ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ: _____

ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ: _____

ਬੀਮਾ ਦਾਅਵਾ ਨੰਬਰ: _____

ਕੀ ਮੈਟ੍ਰੋ ਟ੍ਰਾਂਜ਼ਿਟ ਬੱਸ ਜਾਂ ਕਿੰਗ ਕਾਉਂਟੀ ਦੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਗੱਡੀ ਸ਼ਾਮਲ ਸੀ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਰੂਟ: _____ ਵਾਹਨ ਨੰਬਰ: _____ ਲਾਇਸੰਸ ਪਲੇਟ: _____

ਮੈਂ ਸੀ: ਬੱਸ ਯਾਤਰੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਾਹਨ ਦਾ ਡ੍ਰਾਇਵਰ ਪੈਦਲ ਯਾਤਰੀ

ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਾਹਨ ਵਿੱਚ ਯਾਤਰੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਾਹਨ ਦਾ ਮਾਲਕ ਸਾਈਕਲ ਚਲਾਉਣ ਵਾਲਾ

ਮੈਂ ਕਰਮ ਦੇ ਹਰਜਾਨੇ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ \$ _____

ਮੈਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਤਹਿਤ ਝੂਠੇ ਪ੍ਰਮਾਣ ਦੇ ਦੰਡ ਦੇ ਅੰਤਰਗਤ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਗੱਲ ਸੱਚ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ।

ਦਸਤਖਤ

ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਨਾਂ

_____/_____/_____
ਤਾਰੀਖ

ਸਿਟੀ ਅਤੇ ਰਾਜ