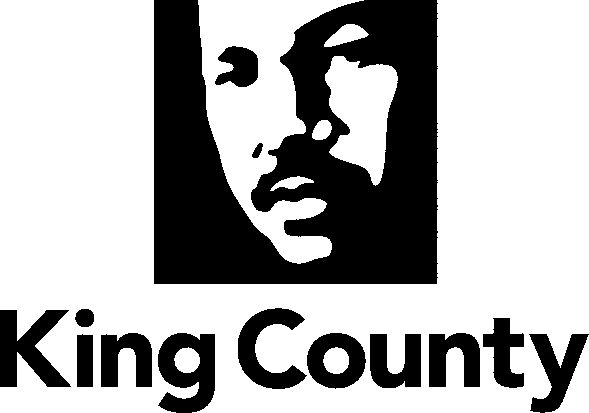
**Reclamación por daños**



Department of Executive Services

**Office of Risk Management Services**

Teléfono : 206-263-2250

TTY: 800-833-6388

8:30am - 4:30pm

de lunes a viernes

kingcounty.gov/claims

**Instrucciones**

Llene **ambos lados** de esta solicitud. Proporcione detalles específicos sobre su daño o pérdida. Incluya testigos y documentos de respaldo.

La información y los documentos que envíe están sujetos a las leyes de registros públicos.

**No envíe registros personales o médicos confidenciales con su formulario de reclamación.** Nuestro investigador solicitará sus registros personales o médicos si es necesario.

Asegúrese de **firmar** su formulario de reclamación completo.

Puede enviar su formulario de reclamación completo de cualquiera de estas formas:

1. Envíe por correo electrónico su formulario de reclamación firmado y completo a fileaclaim@kingcounty.gov
2. Envíe por correo o entregue su formulario de reclamación firmado y completo a:

King County Office of Risk Management Services

King Street Center

201 South Jackson Street, Suite 320

Seattle, WA 98104

La Oficina de Servicios de Gestión de Riesgos investigará sus reclamación. Nuestra investigación comienza cuando recibimos su formulario de reclamación. Su investigador puede solicitar documentos de respaldo. Le proporcionarán una dirección de correo electrónico donde puede enviarnos estos documentos.

Su reclamación puede acabar en uno de los tres resultados en los que el Condado de King:

1. Pagará una suma de dinero.
2. Presentará o transferirá la reclamación a una parte o entidad responsable diferente.
3. Rechazará una reclamación en la que no haya evidencia de responsabilidad por parte del Condado de King.

Si tiene preguntas, llame a la Oficina de Servicios de Gestión de Riesgos al 206-263-2250.

**Información del demandante**

Idioma preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del demandante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dirección postal: |  |  |  |  |
|  | Calle y número - Ciudad - Estado - Código Postal | | | |

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_

¿Cuenta usted con la representación de un abogado? □ Sí □ No

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dirección postal: |  |  |  |  |
|  | Calle y número - Ciudad - Estado - Código Postal | | | |

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información del incidente**

Fecha del incidente: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ Hora del incidente: \_\_\_\_:\_\_\_\_ □ AM □ PM

¿Dónde ocurrió el incidente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la calle o camino: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Intersección más cercana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Describa lo que sucedió (adjunte más páginas según sea necesario). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

¿Resultó lesionado? □ Sí □ No

Describa cualquier daño o lesiones. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

¿Cuál fue la participación del Condado de King? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigos y otros involucrados:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre - Teléfono/Correo electrónico - ¿Cuál fue la participación de esta persona? | | |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

¿Su vehículo participó o resultó dañado? □ Sí □ No

Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_\_

Nombre del propietario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de póliza de seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de reclamación del seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Estuvo involucrado un autobús de Metro Transit u otro vehículo del Condado de King?□ Sí □ No

Ruta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de vehículo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo era: □ Un pasajero del autobús □ El conductor de otro vehículo □ Un peatón

□ Un pasajero en otro vehículo □ El propietario de otro vehículo □ Un ciclista

Reclamo daños por un monto de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Declaro bajo pena de perjurio, en los términos de las leyes del Estado de Washington, que lo anterior es verdadero y correcto.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma | Nombre en imprenta | Fecha | Ciudad y estado |