**Запит щодо компенсації збитків**



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

**Інструкції**

Заповніть форму з **обох боків**. Надайте докладну інформацію про ваші втрати або збитки. Додайте інформацію про свідків та документальні підтвердження.

Інформація та документи, що ви їх надаєте, регулюються законами про документи публічного характеру.

**Не додавайте до форми запиту конфіденційну персональну інформацію або медичні документи.** За потреби наш експерт запитає вас про надання особистих даних або медичних документів.

Обов’язково **підпишіть** заповнену форму запиту.

Заповнену форму можна подати будь-яким із двох способів:

Відправити підписану, заповнену форму запиту електронною поштою fileaclaim@kingcounty.gov

Відправити підписану, заповнену форму запиту звичайною поштою або принести особисто до:

King County Office of Risk Management Services

King County Administration Building

500 Fourth Avenue, Suite 320

Seattle, WA 98104

Ваш запит буде розглянуто Офісом з надання послуг щодо управління ризиками. Розслідування розпочинається відразу після отримання нами вашої форми запиту. Наші інспектори можуть запитати по надання додаткової підтверджувальної документації. Вони нададуть вам адресу електронної пошти, на яку ви маєте надіслати такі документи.

За результатами розгляду вашого запиту округ Кінг може прийняти одне з трьох рішень:

Відшкодувати збитки грошима.

Передати заявку іншій відповідальній організації або установі.

Відмовити у задоволенні запиту за відсутності доказів щодо відповідальності округа Кінг.

Якщо у вас є питання, телефонуйте до Офісу з надання послуг щодо управління ризиками 206-263-2250.

**Дані особи, яка подає запит**

Основна мова: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Повне ім’я особи, яка подає запит: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Поштова адреса: |  |  |  |  |
|  | Квартира, вулиця, будинок - Місто - Штат - Індекс | | | |

Адреса електронної пошти: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основний телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Альтернативний телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата народження: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_

Ваші інтереси представляє адвокат? □ Так □ Ні

Ім’я адвоката: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Поштова адреса: |  |  |  |  |
|  | Квартира, вулиця, будинок - Місто - Штат - Індекс | | | |

Адреса електронної пошти: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Інформація про інцидент**

Дата: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ Час: \_\_\_\_:\_\_\_\_ □ AM □ PM

Де трапився інцидент? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Назва вулиці або дороги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Найближче перехрестя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Опишіть, що трапилося (за потреби продовжуйте на додаткових аркушах). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Чи зазнали ви ушкодження? □ Так □ Ні

Опишіть усі ушкодження або травми. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Яким чином округ Кінг є причетним? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Свідки та інші причетні особи:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ім’я - Телефон/електронна пошта - Яким чином ця особа є причетною? | | |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

Чи є ваш автомобіль причетним або ушкодженим? □ Так □ Ні

Номерний знак: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Марка: \_\_\_\_\_\_\_ Модель: \_\_\_\_\_\_\_\_ Рік випуску: \_\_\_\_\_\_

Власник: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Страхова компанія: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер страхового поліса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер страхового запиту: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Чи є причетними до пригоди транспортні засоби Metro Transit? □ Так □ Ні

Маршрут: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер транспортного засобу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номерний знак: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Під час пригоди я був(-ла):

□ Пасажиром автобусу □ Водієм іншого автомобілю □ Пішоходом

□ Пасажиром іншого автомобілю □ Власником іншого автомобілю □ Велосипедистом

Запитую пор надання компенсації в розмірі $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Під страхом покарання за надання неправдивої інформації згідно законодавства штату Вашингтон зим декларую, що вся наведена вище інформація є правдивою та достеменною.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Підпис | Ім'я та прізвище друкованими літерами | Дата | Місто і штат |