

Запит щодо компенсації збитків



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

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 fileclaim@kingcounty.gov

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

King County Office of Risk Management Services
King Street Center
201 South Jackson Street, 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 про 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 округу 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 автобуси Metro Transit або інші транспортні засоби округу Кінг? Так Ні

Маршрут: _____ Номер транспортного засобу: _____ Номерний знак: _____

Під час пригоди я був(-ла):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Пасажиром автобусу | <input type="checkbox"/> Водієм іншого автомобілю | <input type="checkbox"/> Пішоходом |
| <input type="checkbox"/> Пасажиром іншого автомобілю | <input type="checkbox"/> Власником іншого автомобілю | <input type="checkbox"/> 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