

RECLAMO CONTRA LA CIUDAD DE OAKLAND

Envíe el formulario debidamente llenado a: Office of the City Attorney, One Frank H. Ogawa Plaza, 6th Floor, Oakland, CA 94612. Si es necesario, puede adjuntar hojas adicionales. Incluya un **sobre con porte postal pagado** si requiere un recibo.



1) NOMBRE DEL RECLAMANTE: _____
 2) DIRECCION: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 N° DE TELÉFONO (CASA): _____ LICENCIA DE CONDUCIR: _____
 N° DE TELÉFONO (TRABAJO): _____ N° DE SEGURO SOCIAL: _____
 N° DE CEL: _____ ¿CUBIERTO POR MEDICARE? ____ SI "SÍ", N° DE MEDICARE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ OCUPACIÓN: _____
 NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO AUTOMOTRIZ Y N° DE LA POLIZA _____
 (si se aplica)

3) SI EL MONTO RECLAMADO ES MENOR DE \$10,000, INDIQUE EL MONTO DEL RECLAMO: \$ _____
 (Adjunte copias de los gastos comprobando el monto en el que se basa el reclamo)

SI EL MONTO RECLAMADO EXCEDE LOS \$10,000, ¿SERA EL RECLAMO UN CASO CIVIL LIMITADO (Menos de \$25,000)?
 Sí _____ No _____ No está seguro _____

4) DIRECCIÓN A LA QUE SE DEBEN ENVIAR LOS AVISOS, SI FUERA DIFERENTE A LA MENCIONADA EN LAS LÍNEAS 1 Y 2:
 NOMBRE: _____

DIRECCION: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N° DE TELÉFONO _____

5) FECHA DEL INCIDENTE: _____ HORA DEL INCIDENTE: _____
 UBICACIÓN ESPECÍFICA DEL INCIDENTE* (Dirección): _____

6) DESCRIBA EL INCIDENTE, INCLUYENDO LA RAZÓN POR LA QUE CONSIDERA QUE LA CIUDAD ES RESPONSABLE DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR USTED: _____

7) DESCRIBA TODOS LOS DAÑOS QUE CONSIDERA INCURRIÓ COMO CONSECUENCIA DEL INCIDENTE: _____

8) NOMBRE O NOMBRES DEL EMPLEADO O LOS EMPLEADOS PÚBLICOS QUE CAUSARON LOS DAÑOS POR LOS QUE ESTA PRESENTANDO EL RECLAMO: _____

9) ¿SE LLAMÓ A LOS PARAMÉDICOS? _____

10) SI ACUDIÓ AL MÉDICO, INDIQUE SU NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO TELEFÓNICO: _____

Fecha de la 1º consulta: _____ ¿Hay un informe policíaco archivado? _____

X _____
 Firma del Reclamante o Representante

X _____
 Fecha

****Llene el diagrama al reverso de este formulario y muestre la ubicación del incidente****

Toda persona que, con la intención de defraudar, presenta un reclamo falso o fraudulento puede ser castigada con encarcelamiento, una multa o ambos. **Los reclamos deben presentarse antes de que transcurran 6 meses del incidente.** Consulte el Código Gubernamental Code §§ 900 y siguientes.* (Revisado 10/26/10)

POR FAVOR, LEA DETENIDAMENTE ESTA INFORMACIÓN

Si el reclamo involucra una lesión y usted aún se encuentra bajo la atención del médico, indíquelo en el formulario y presente las facturas médicas que ha recibido hasta la fecha junto con el estado de salud en el que se encuentra actualmente. Si el reclamo involucra daños a la propiedad, presente dos presupuestos de las reparaciones o facturas pagadas que comprueben la cantidad reclamada. Si el accidente involucró un vehículo, proporcione la siguiente información:

No. DE LICENCIA.: _____ AÑO/MARCA DEL VEHÍCULO: _____

Para todos los reclamos de accidentes automovilísticos, especifique en el siguiente diagrama los nombres de las calles, incluyendo North, East, South y West; indique el lugar donde ocurrió el accidente marcándolo con una "X" y mostrando los números de las casas y la distancia a las esquinas. Si algún vehículo de la Ciudad estuvo involucrado, designe con la letra "A" la ubicación del vehículo cuando lo vio por vez primera, y con una "B" la ubicación donde se encontraban usted y su vehículo en ese momento;

Si su reclamación involucra algún otro tipo de incidente, utilice el diagrama que se incluye abajo para indicar la ubicación del lugar donde ocurrió el incidente, mostrando las direcciones, puntos importantes o, de ser necesario, una fotografía que exhiba el lugar exacto. El no llenar el diagrama debidamente o no proporcionar una fotografía del lugar podría resultar en demoras de la aceptación de su reclamación completa, según lo dispuesto en el Código del Gobierno de California, §§ 900 y subsiguientes.

