

RECLAMOS POR DAÑOS

Nombre del reclamante: _____
(Parte lesionada o perjudicada)

Dirección del Demandante: _____
(Número/Calle/Ciudad/Estado/Código Postal) (Teléfono)

Dirección postal del reclamante (Si es diferente a la anterior): _____

CUÁNDO Ocurrieron las Lesiones o los Daños: _____
(Mes/ Día/ Año) (Día de la semana) (Hora del día)

DONDE ocurrieron las lesiones o los daños (Dirección, Calle de Interés u Otra Ubicación): _____

CÓMO Ocurrieron las Lesiones o los Daños (Describa el accidente o la ocurrencia con todos los detalles): _____

Nombre(s) de Empleado(s) Municipal(es) Involucrado(s): _____

Qué acciones o inacciones de los empleado(s) de la ciudad causaron su lesión o daño(s): _____

Qué lesiones o daños sufrió: _____

MONTO TOTAL DE LA RECLAMACIÓN: \$ _____

Si la reclamación totaliza menos de \$10,000.00 a la fecha de presentación de este reclamo, adjunte con este formulario completo las facturas por tratamiento y gastos médicos, y dos presupuestos o facturas por daños a la propiedad personal. Si el monto reclamado excede los \$10,000.00, no se incluirá ningún monto en dólares en el reclamo. Sin embargo, indique si la jurisdicción sobre el reclamo recaería en un tribunal municipal o superior. Completar este formulario no garantiza la aceptación de daños por parte de la Ciudad de Soledad. Todos los reclamos están sujetos a consideración por parte del Concejo Municipal y el reclamante será notificado por escrito por el Abogado de la Ciudad después de la consideración del Concejo Municipal.

FIRME Y FECHA ESTE RECLAMO POR DAÑOS A CONTINUACIÓN. SI EL FIRMANTE NO ES EL RECLAMANTE, INDIQUE LA RELACIÓN DEL FIRMANTE CON EL RECLAMANTE (PADRE, ABOGADO, ECT.)

Firma

Fecha

LA PRESENTACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN FALSA ES UN DELITO GRAVE