



RECLAMACIÓN POR DAÑOS

Nombre del reclamante: _____

Dirección del reclamante: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono/Número de celular: _____

Fecha en que ocurrió la lesión o el daño: _____
Mes/Día/Año _____ Día de la semana _____ Hora del día _____

Ubicación/dirección de donde ocurrieron los daños o lesiones: _____

¿Cómo ocurrió el daño o lesión? Por favor describir en detalle:

Nombre(s) del(es) empleado(s) involucrado(s): _____

¿Qué acción o inacción de los empleados de la ciudad causaron el daño o la lesión?:

¿Qué daño o lesión sufrió?:

Monto total de la reclamación: _____

Si el total de la reclamación es menos que \$10,000.00 a la fecha de presentación de esta reclamación, adjunte las facturas por tratamiento médico y gastos y dos estimaciones o facturas por daños personales a la propiedad. Si el monto de la reclamación excede los \$10,000.00, no se incluirá ningún monto en dólares. Sin embargo, por favor indique si la jurisdicción sobre la reclamación correspondería a un tribunal municipal o a un tribunal superior. La cumplimentación de este formulario no garantiza la aceptación de daños y perjuicios por parte de la Ciudad de Soledad. Todas las reclamaciones están sujetas a consideración por parte del Concejo Municipal, y el Abogado de la Ciudad notificará al reclamante por escrito después de que el Concejo Municipal las haya considerado.

FIRME Y PONGA LA FECHA EN ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN. SI EL FIRMANTE NO ES EL RECLAMANTE, INDIQUE LA RELACIÓN DEL FIRMANTE CON EL RECLAMANTE.
(Padre, Abogado, Etc.)

Firma

Fecha