



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(los) 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

LA PRESENTACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN FALSA ES UN DELITO GRAVE