

FILE WITH:  
 CITY CLERK'S OFFICE  
 200 Lincoln Avenue  
 Salinas, California 93901



**Ciudad de Salinas**

**RECLAMACIÓN DE DAÑO(S) A PERSONA O PROPIEDAD**

(RESERVE FOR FILING STAMP)

CLAIM NO.

(Assigned by City)

**INSTRUCCIONES**

1. Demandas por muerte, lesiones personales o daños a propiedad privada, deberán de ser presentadas antes del transcurso de seis meses después del incidente (Gov Code Sec. 911.2)
2. Demandas por daños a propiedad en bienes inmuebles deberán de ser presentadas antes del transcurso de un año después del incidente. (Gov Code. Sec. 911.2)
3. Asegúrese de leer la forma en su totalidad antes de presentar el reclamo
4. Use el diagrama en la Segunda página para establecer el lugar del accidente
5. Esta forma deberá ser firmada en el espacio correspondiente en la segunda página
6. Si es necesario, adjunte páginas adicionales que aclaren su reclamo. FIRME CADA UNA DE ESAS PÁGINAS
7. Adjunte cualquier documento como facturas o presupuestos que respalden su argumento
8. Presentación de un reclamo falso es un delito grave (Penal Code Sec. 72)
9. Un asterisco (\*) indica la información requerida por la ley
10. Dos asterisco (\*\*) indica la información necesaria para reclamaciones por lesión corporales antes de conformidad con las regulaciones federales, Centro para Medicare, y servicios de Medicaid

\* Nombre de Demandante:

\*\*Fecha de nacimiento del Demandante:

\* Domicilio del Demandante:

Ciudad Estado, Código Postal:

Ocupación del Demandante:

\* Proporcione el domicilio y número de teléfono a donde usted desea que se envíe la correspondencia relacionada con esta demanda:

Teléfono de casa del Demandante:

\*\* Selecionar:

- Mujer
- Hombre

Teléfono Alterno del Demandante:

\* ¿Cuándo sucedió el daño o lesión?

Fecha:

Hora:

Nombre del empleado de la ciudad involucrado en la lesión o daño:

\* ¿Dónde fue que ocurrieron los daños, perdidas, o lesión? Describa en detalle el incidente y ubique el lugar dónde sucedió en el diagrama al reverso de esta forma. Cuando sea necesario indique nombres de las calles, domicilios y distancias de sitios de referencia:

\* Describa en detalle cómo sucedió el daño o lesión:

\* ¿ Por qué piensa que la ciudad es responsable?:

Describa en detalle cada una lesión o daño (adjunta fotografías, si están disponibles):

**ESTA FORMA DEBE SER FIRMADA EN LA PAGINA 2**

La cantidad, a la fecha de presentación de esta demanda, es calculada de la siguiente manera:

Daños de propiedad.....\$ \_\_\_\_\_

Gastos médicos y de hospitalización...\$ \_\_\_\_\_

Pérdida de Sueldo/honorarios.....\$ \_\_\_\_\_

Otros Daños (describalos):..... \$ \_\_\_\_\_

Total, de daños incurridos a la fecha.....\$ \_\_\_\_\_

Cantidad total demandada a la presentación de esta demanda....\$ \_\_\_\_\_

¿Los daños y/o lesiones fueron investigados por la policía?  Si  No Si es así, ¿Qué ciudad?

¿Se les llamó a los paramédicos o ambulancia?  Si  No Si es así, nombre del servicio de la ambulancia o de la ciudad:

Si hubo lesión, declare la fecha, hora, nombre y dirección de su primera visita al doctor:

TESTIGOS de los DAÑOS o LESIONES: Provea los nombres y direcciones de las personas que tengan información del incidente:

Nombre : \_\_\_\_\_ Dirección : \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ Dirección : \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ Dirección : \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

DOCTORES y HOSPITALES:

Hospital \_\_\_\_\_ Dirección : \_\_\_\_\_ Fecha de Hospitalización: \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_ Dirección : \_\_\_\_\_ Fecha de Tratamiento : \_\_\_\_\_

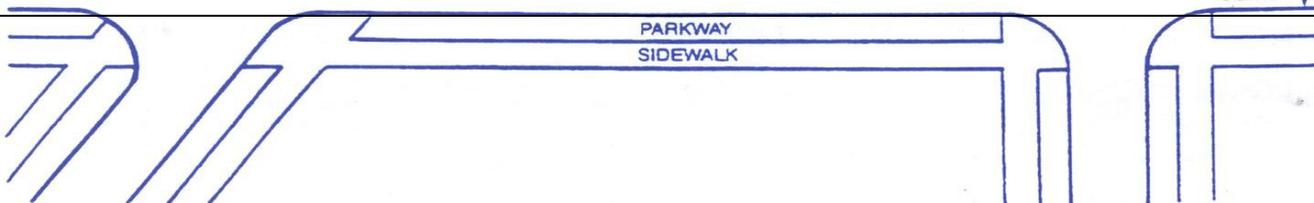
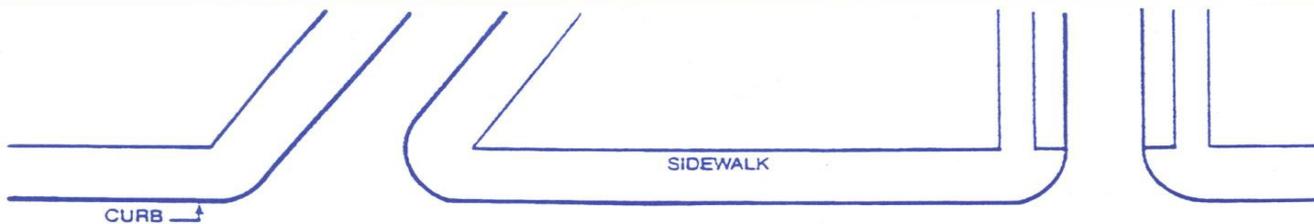
Doctor \_\_\_\_\_ Dirección : \_\_\_\_\_ Fecha de Tratamiento : \_\_\_\_\_

### LEA CUIDADOSAMENTE

Para todas las demandas por accidente, utilice el siguiente diagrama para nombrar calles incluyendo Norte, Sur, Este y Oeste. Marque el lugar del accidente colocando una "X" en el mapa e indique la numeración de las casas o la distancia a las esquinas. Si un vehículo de la ciudad estuvo inmiscuido en el accidente marque su ubicación en el mapa cuando usted lo vio por primera vez con la letra "A", y con la letra "B" la ubicación de usted o de su vehículo cuando observe por primera vez el vehículo de la ciudad.

Marque la ubicación del vehículo de la ciudad al momento del accidente con una "A-1" y la ubicación de usted o de su vehículo al momento del accidente con una "B-1", y el punto de impacto o choque con una "X."

NOTA: Si el diagrama a continuación no refleja correctamente la situación del accidente, por favor adjunte un mapa firmado por el departamento que muestre adecuadamente las circunstancias del incidente.



Firma del demandante o persona que hace el reclamo en su representación (Indique relación con el demandante)

Impreso o nombre escrito:

Fecha:

**NOTA: LAS DEMANDAS DEBERÁN DE SER ENTREGADAS AL SECRETARIO DE LA CIUDAD (Art. 915a del Código Gubernamental.) CUALQUIER PERSONA QUE PRESENTE UNA DEMANDA CON CONOCIMIENTO DEL FALSEDAD O FRAUDULENTO PARA EL PAGO O PÉRDIDA ES CULPABLE DE UN DÉLITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO EN UNA PRISIÓN ESTATAL.**