



CIUDAD DE WATSONVILLE

RECLAMO DE RESPONSABILIDAD POR DAÑOS Y PERJUICIOS A PERSONAS O BIENES INMUEBLES

CITY CLERKS DATE STAMP:

NÚM. DE RECLAMO _____

REGRESARSE A:

CIUDAD DE WATSONVILLE
SECRETARÍA MUNICIPAL
275 MAIN ST., SUITE 400 (4th Floor)
WATSONVILLE CA 95076
Tel: (831) 768-3040

1. Los Reclamos por muerte o daños y perjuicios a la persona o bienes inmueble se deberán presentar antes de seis (6) meses a partir de la fecha del incidente (Código Gubernamental Art..) 911.2).
2. Los Reclamos por daños y perjuicios a bienes inmuebles se deberán presentar antes de un (1) año a partir de la fecha del incidente (Código Gubernamental Art.. 911.2).
3. LEA EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD ANTES DE LLENARLO.
4. ADJUNTE HOJAS SEPARADAS, SI SE NECESITAN, PARA PROVEER DETALLES COMPLETOS.
5. ADJUNTE DOS (2) PRESUPUESTOS

NOMBRE DEL RECLAMANTE

FECHA DE NACIMIENTO DEL RECLAMANTE

DIRECCIÓN DEL RECLAMANTE CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

(_____)_____
NÚM. DE TELÉFONO

DIRECCIÓN DE TRABAJO DEL RECLAMANTE CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO

(_____)_____
NÚM. DE TELÉFONO DE TRABAJO

CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN DONDE EL RECLAMANTE DESEA LE ENVÍEN LAS NOTIFICACIONES O COMUNICACIONES SOBRE ESTE RECLAMO (Si distinta del domicilio):

¿CUÁNDO OCURRIÓ EL PERJUICIO O LA LESIÓN?

FECHA: _____

HORA: _____ ☐ A.M. ☐ P.M.

LUGAR DEL ACCIDENTE (INCIDENTE) – **SEA ESPECÍFICO**– Describa con detalle (si pertinente) provea el nombre de las calles o nombres de monumentos o edificios conocidos.

¿CÓMO OCURRIERON LOS DAÑOS Y PERJUICIOS?

¿ACUDIÓ LA POLICÍA AL LUGAR? ☐ SÍ ☐ NO ¿ACUDIERON LOS PARAMÉDICOS AL LUGAR? ☐ SÍ ☐ NO

¿QUÉ **ACTO U OMISIÓN** AFIRMA USTED FUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS O PERJUICIOS? (Provea el nombre, si lo sabe, de los empleados municipales causantes de los daños o perjuicios, si los conoce.)

PROVEA LA CANTIDAD TOTAL: (Provea una cotización de la cantidad de todos los posibles daños y perjuicios) \$ _____

¿CÓMO CALCULÓ EL RECLAMO? (Sea específico, proporcione copias de las facturas del médico, cotizaciones de reparaciones.)

DAÑOS Y PERJUICIOS ACUMULADOS HASTA LA FECHA:

DAÑOS Y PERJUICIOS/FECHA _____ CANTIDAD: \$ _____

DAÑOS Y PERJUICIOS/FECHA _____ CANTIDAD: \$ _____

CANTIDAD TOTAL HASTA LA FECHA AL PRESENTAR ESTE RECLAMO: \$ _____

PRESUPUESTO DE LOS POSIBLES DAÑOS Y PERJUICIOS DE LOS QUE ESTÉ ENTERADO:

DAÑOS Y PERJUICIOS/FECHA _____ CANTIDAD: \$ _____

DAÑOS Y PERJUICIOS/FECHA _____ CANTIDAD: \$ _____

CANTIDAD TOTAL A LA FECHA DE LA PRESENTACIÓN DE ESTE RECLAMO \$ _____

TESTIGOS DE DAÑOS Y PERJUICIOS: (Liste todas las personas que tengan información) (Emplee otra hoja de ser necesario.)

NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____	DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO: (____) _____	TELÉFONO: (____) _____

SI ES UNA LESIÓN, PROVEA EL NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO, FECHA Y HORA QUE FUE AL MÉDICO U HOSPITAL:

MÉDICO: _____	TELÉFONO: _____
DIRECCIÓN: _____	FECHA/HORA: _____
HOSPITAL: _____	TELÉFONO: _____
DOMICILIO: _____	FECHA/HORA: _____

Otra información:

_____ FIRMA DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE	_____ IMPRIMA EL NOMBRE	_____ FECHA
---	----------------------------	----------------

EN REPRESENTACIÓN DEL RECLAMANTE

PARENTESCO CON EL RECLAMANTE

NOTA: ES UN DELITO DE FELONÍA EL PRESENTAR UN RECLAMO FALSO (CÓDIGO PENAL 72 DE CALIFORNIA)