Sólo para uso oficial

Formulario de Reclamación de Daños

De conformidad con el Capítulo 4.96 RCW, este formulario es para presentar una reclamación por agravio contra Distrito de Servicios Públicos del Condado de Snohomish #1. Parte de la información solicitada en este formulario es requerida por RCW 4.96.020. El contenido de este formulario y todos los materiales adjuntos pueden estar sujetos a divulgación pública. Si tiene alguna pregunta sobre este formulario o el proceso, envíe un correo electrónico a claims@snopud.com o llame al 425-783-8651.

Envíe la reclamación original a:

Risk Management Dept.
Snohomish County PUD
PO Box 1107
Everett, WA 98206-1107

Entregar la reclamación original a:

Risk Management Dept.
Snohomish County PUD
2320 California Street
Everett WA 98201

POR FAVOR, **ESCRIBA CON TINTA**

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

- 1) Nombre/Empresa: _____
Fecha de nacimiento (solo individuos): ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
- 2) Dirección residencial actual: _____
- 3) Dirección postal (si es diferente): _____
- 4) Dirección residencial en la fecha del incidente (si es diferente de la dirección actual):

- 5) Número de teléfono (por favor incluya el código de área): _____ Casa o Negocio: _____
- 6) Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL INCIDENTE

- 7) Fecha del incidente: ____/____/20____ Hora del incidente: ____ □ A.M. □ P.M.
- 8) Localización del incidente: _____

Lugar donde ocurrió el incidente (dirección, ciudad, intersección, igual que la dirección residencial, etc.)

- 9) Describa lo que pasó. Sírvase proporcionar una descripción de la conducta y las circunstancias que provocaron la lesión o el daño. Proporcione una descripción de la lesión o daño. Explique el alcance de la pérdida de propiedad o lesiones médicas.

10) Reclamo daños en la cantidad de: \$ _____

Adjunte documentos que respalden su reclamo (fotografías, ofertas, facturas, etc.)

11) Nombres, direcciones y números de teléfono de todas las personas involucradas o testigos de este incidente:

12) Nombres de todos los empleados de Snohomish County PUD que tienen conocimiento de este incidente:

13) Nombres, direcciones y números de teléfono de todas las personas no identificadas anteriormente en (12) y (13) que tengan conocimiento sobre los problemas de responsabilidad involucrados en este incidente, o conocimiento de los daños resultantes del reclamante. Por favor incluya una breve descripción de la naturaleza y el alcance del conocimiento de cada persona:

14) ¿Se ha reportado este incidente a la policía, al personal de seguridad o de protección? Si es así, ¿cuándo y a quién?

15) Nombres, direcciones y números de teléfono de los proveedores médicos tratantes. Adjunte copias de todos los informes médicos y facturas.

Este formulario de reclamación debe estar firmado por el Reclamante, una persona que tenga un Poder Notarial por escrito del Reclamante, el Abogado de Hecho del Reclamante, un Abogado admitido para ejercer en el Estado de Washington en nombre del Reclamante, o por un Guardián aprobado por la corte o Guardián Ad Litem en nombre del Reclamante.

NOTA: ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR FIRMADO

Yo, el abajo firmante, declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Washington que lo anterior es verdadero y correcto.

X _____ Fecha: _____
Firma del Reclamante

X _____
Nombre en letra de molde

X _____ Fecha: _____
Firma del Reclamante

X _____
Nombre en letra de molde

****INFORMACIÓN ADICIONAL REQUERIDA SOLO PARA RECLAMACIONES DE AUTOMÓVILES****

De Placa: _____ # De Licencia de Conducir: _____

Tipo de auto: _____
Año Marca Modelo

CONDUCTOR: _____ **DUEÑO:** _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Si necesita más ayuda o tiene preguntas para llenar este formulario, puede comunicarse con PUD del Condado de Snohomish, Departamento de Reclamaciones al: 425-783-8651 o enviando un correo electrónico a **claims@snopud.com**. Una vez que se reciba su formulario de reclamación, el Departamento de Reclamaciones realizará una investigación y se comunicará con usted, por carta, con respecto al resultado de su reclamo.