

CIUDAD DE COMMERCE, CALIFORNIA

RECLAMACIÓN POR DAÑOS Y LESIONES
(Código Gob. §910)

Devolver formulario completado a:

City Clerk
City of Commerce
2535 Commerce Way
Commerce, CA 90040
(323) 722-4805, Ext. 2252

FAVOR DE ESCRIBIR A MAQUINA O IMPRIMIR

| | |
|--|---------------------|
| 1. Reclamaciones por muerte o lesiones a una persona debe de ser registrada a no más tardar de seis (6) meses después del incidente (Código Gob. §911.2). | |
| 2. Reclamaciones por daños a bienes muebles debe de ser registrada a no más tardar de un (1) año después del incidente (Código Gob. §911.2). | |
| 3. La presentación de una reclamación falsa es un delito mayor (Código Penal §72). | |
| Nombre y domicilio del Reclamante: | Número de teléfono: |
| Si el Reclamante es Menor de Edad, Nombre y Dirección del Tutor Legal : | Número de teléfono: |
| Nombre de la persona, domicilio y número de teléfono al quien se debe de enviar la notificación de la acción: | |
| ¿ <u>CUANDO</u> ocurrió el daño o la lesión? (Indicar la fecha y hora exacta.) | |
| ¿ <u>DONDE</u> ocurrió el daño o la lesión? (Indicar el lugar exacto.) | |
| ¿ <u>COMO</u> ocurrió el daño o la lesión? (Dar detalles completos. Si es necesario, adjuntar hojas adicionales.) | |
| ¿ <u>IDENTIFICAR</u> , si se conoce, el(los) nombre(s) del empleado(s) público(s) causando la lesión, daño o pérdida. | |

¿QUE ACTOS O OMISIONES por parte de empleados públicos, o condiciones peligrosas o defectivas, reclama usted que causó la lesión o daño? (Dar detalles completos. Si es necesario, adjuntar hojas adicionales.)

¿QUE DAÑOS O LESIONES reclama que usted sufrió?

¿QUE SUMA reclama debido a cada artículo o daño? Incluye la cantidad calculada de cualquier pérdida posible, en cuanto se puede hacer conocer al momento de la presentación de esta reclamación, junto con la base del cálculo de la cantidad reclamada. (Adjuntar presupuesto o cuentas, si es posible. Si la cantidad reclamada es más de \$10,000.00, no debe anotar la cantidad en dólares, pero indique si es un caso civil limitado.)

Nombres y domicilios de testigos, médicos y/o hospitales:

Otros detalles: (Si es necesario adjunte hojas adicionales)

Declaro so pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que lo susodicho es veraz y correcto.

Con Fecha del día _____ de _____, 20 ____

Firme del Reclamante