



GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
OFICINA DE GESTIÓN DE RIESGOS DEL DC
División de Responsabilidad Civil

Jed Ross
Oficial en jefe de riesgos

RECLAMO CONTRA EL GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA Y COMPLETE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA O A MÁQUINA TODA LA INFORMACIÓN CLARAMENTE

PUEDE USAR PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

DAÑOS PERSONALES

1-INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido del demandante _____ Primer nombre _____

Dirección _____ Ciudad, Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento _____ N.º de seguro social **(opcional)* _____ N.º de teléfono _____

N.º celular _____ N.º de fax _____ Dirección de correo electrónico _____

**No se necesita el N.º de seguro social o identificación fiscal para presentar un reclamo pero es necesario si el pago es emitido*

2- INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE/INCIDENTE

Fecha del accidente: _____ Hora: _____

Ubicación del accidente: _____

Descripción detallada del accidente (use hoja adicional si es necesario): _____

Nombre del/los testigo(s) e información de contacto: _____

¿La policía investigó el accidente? Sí___ No___ N.º del informe policial _____

Por favor adjunte fotos de la escena del accidente y/o daños si están disponibles

3- INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha y ubicación del tratamiento inicial: _____

¿El solicitante fue llevado en ambulancia? _____ Fecha en que fue atendido en la sala de emergencias (ER): _____

Nombre del hospital: _____

Nombre y dirección del doctor que lo atendió: _____

Describa las lesiones en detalle (use una hoja adicional si es necesario): _____

Gasto total de bolsillo \$ _____ Doctores \$ _____ Hospital \$ _____ Otro \$ _____

Por favor adjunte facturas y recibos relacionados

4- INFORMACIÓN SOBRE SITUACIÓN LABORAL

Situación laboral en la fecha del accidente	Monto ganado semanalmente \$ _____	Días perdidos de trabajo _____
Empleado ()		
Desempleado ()		

5- INFORMACIÓN SOBRE EL VEHÍCULO (SI LAS LESIONES ESTÁN RELACIONADAS CON EL ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO

(SU VEHÍCULO)

Marca: _____ Año: _____ Modelo: _____ N.º de placa: _____

N.º de identificación del vehículo (VIN): _____

6- (VEHÍCULO DEL GOBIERNO DEL DC)

Marca: _____ Año: _____ Modelo: _____ N.º de placa: _____

Nombre y título del conductor: _____

Organismo gubernamental involucrado: _____

AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, DOY FE DE QUE LA INFORMACIÓN ES VERDADERA SEGÚN MI MEJOR SABER Y ENTENDER.

Fecha: _____ Firma: _____

Por favor también incluya lo siguiente, en caso de ser relevante para su reclamo:

- 1. Cualquier informe policial u otro relacionado con el incidente**
- 2. Documentos que muestren la titularidad en el momento del daño y el costo original de los artículos dañados**
- 3. Estimados de reparaciones (incluir dos para el daño del vehículo) y fotos de los daños**
- 4. Prueba de pago de reparaciones hechas al vehículo**
- 5. Facturas médicas y/o informes médicos**

ADVERTENCIA: Es un crimen proporcionar información falsa o engañosa al Gobierno del Distrito o a cualquier departamento o agencia del mismo, cualquier reclamo en o contra el Distrito de Columbia, o cualquier departamento o agencia del mismo, sabiendo que tal reclamo es falso, ficticio o fraudulento. Tal acto es susceptible de ser castigado con prisión de no más de un año y se le impone una multa de no más de \$100.000 por cada infracción.