



GOVERNEMENT DU DISTRICT DE COLUMBIA
BUREAU DU DC POUR LA GESTION DES RISQUES
Division de la responsabilité civile

Jed Ross
Agent principal de gestion des risques

RÉCLAMATION CONTRE LE GOUVERNEMENT DU DISTRICT DE COLUMBIA
VEUILLEZ IMPRIMER ET COMPLÉTER LES QUESTIONS SUIVANTES.
DACTYLOGRAPHIER OU ÉCRIRE CLAIREMENT TOUTES LES INFORMATIONS
SI NÉCESSAIRE, DES PAGES SUPPLÉMENTAIRES PEUVENT ÊTRE UTILISÉES

DOMMAGES POUR LÉSIONS CORPORELLES

1-RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom de famille du demandeur _____ Prénom _____

Adresse _____ Ville, État (Province) _____ Code postal _____

Date de naissance _____ n° de sécurité sociale **(optionnel)* _____ n° de téléphone _____

n° de téléphone cellulaire _____ n° de télécopieur _____ Adresse de courriel _____

**Le NSS ou le numéro d'identification aux fins de l'impôt n'est pas requis pour demander une réclamation, mais est requis si un paiement est émis*

2- INFORMATIONS SUR L'ACCIDENT OU L'INCIDENT

Date de l'accident : _____ Heure : _____

Lieu de l'accident : _____

Description détaillée de l'accident (une feuille supplémentaire peut être ajoutée si nécessaire) : _____

Nom du témoin (ou des témoins) et coordonnées : _____

La police a-t-elle enquêté sur l'accident? Oui___ Non___ n° du rapport de police _____

**Veillez attacher, si possible, des photos de la scène de l'accident
ou des dommages**

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Date et endroit du premier traitement : _____

Le demandeur a-t-il été transporté par ambulance? _____ Date de traitement à la salle d'urgence :

Nom de l'hôpital : _____

Nom et adresse du médecin traitant : _____

Décrire les blessures en détail (une feuille supplémentaire peut être ajoutée si nécessaire) : _____

Total des frais remboursables _____ \$ Docteur _____ \$ Hôpital _____ \$ Autre(s) _____ \$

Veillez joindre les factures et les reçus connexes

4- RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Statut d'emploi à la date de l'accident	Montant gagné	Jours perdus
Avec emploi ()	\$ hebdomadaire _____	du travail _____
Sans emploi ()		

**5- INFORMATIONS DU VÉHICULE (SI LES BLESSURES SONT RELIÉES À
L'ACCIDENT DE VOITURE)**

(VOTRE VÉHICULE)

Marque : _____ Année : _____ Modèle : _____ Plaque d'immatriculation: _____

NIV : _____

6- (VÉHICULE DU GOUVERNEMENT DE DC)

Marque : _____ Année : _____ Modèle : _____ Plaque d'immatriculation: _____

Nom et titre du conducteur : _____

Organisme gouvernemental en cause : _____

EN SIGNANT CE DOCUMENT, J'ATTESTE QU'AUTANT QUE JE SACHE, LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT EXACTS.

Date : _____

Signature : _____

Veillez également inclure ce qui suit si pertinent à votre réclamation :

- 1. Tous rapports de police ou autres rapports liés à l'incident**
- 2. Les documents témoignant de la propriété au moment des dommages et le coût original des articles endommagés**
- 3. Estimations des réclamations (inclure deux (2) pour les dommages au véhicule) et photos des dommages.**
- 4. Preuve de paiement pour les réparations effectuées sur le véhicule**
- 5. Frais médicaux et rapports médicaux**

AVERTISSEMENT : Il est un crime de fournir des renseignements faux ou trompeurs au Gouvernement de District, ou à tout autre département ou l'un de ses organismes, toute réclamation sur ou contre le District de Columbia, ou tout autre département ou l'un de ses organismes, sachant que cette réclamation est fausse, fictive ou frauduleuse. Un tel acte est assujéti à une peine d'emprisonnement d'au plus un (1) an et condamné à une amende d'au plus 100,000 \$ pour chaque violation.