



**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**

**PUEDEN 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	Días perdidos
Empleado ( )	semanalmente \$ _____	de trabajo _____
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.