



شکایت علیه کانتی سن دیگو
(برای خسارات وارده به اشخاص یا اموال شخصی)

از طریق
☐ دریافت شده توسط
اداره پست ایالات متحده
☐ پست بین اداری
☐ داروهای بدون نسخه

برجسب زمانی

شماره فایل:

شکایت باید ظرف 6 ماه پس از وقوع حادثه یا رویداد به «بخش دعوای کانتی سن دیگو» ارسال شود. مطمئن شوید که شکایت شما علیه «کانتی سن دیگو» است، نه یک نهاد عمومی دیگر. در مواردی که فضا کافی نیست، لطفاً از کاغذ اضافی استفاده کنید و اطلاعات را بر اساس پاراگراف و شماره مشخص کنید. دعوای تکمیل شده باید به آدرس زیر پست شوند یا تحویل داده شوند:

County of San Diego, Claims Division, 1600 Pacific Highway, Room 335, San Diego, CA 92101- Phone (619) 531-4899

به هیئت محترم نظارت - کانتی سن دیگو، کالیفرنیا

امضاء کننده ذیل با احترام ادعا و اطلاعات زیر را در رابطه با خسارت وارده به اشخاص و/یا دارایی شخصی ارائه می‌کند:

اطلاعات مدعی	
نام خانوادگی	نام
آدرس خیابان	شهر
تلفن منزل (همراه با کد منطقه)	تلفن محل کار (همراه با کد منطقه)
تاریخ تولد	شماره گواهینامه رانندگی
نام، شماره تلفن و آدرس پستی که مدعی مایل است اعلامیه‌ها به آن ارسال شود، در صورتی که غیر از موارد فوق باشد:	
اطلاعات ادعا	
تاریخ اتفاق یا رویدادی که ادعا از آن ناشی می‌شود:	زمان اتفاق یا رویدادی که ادعا از آن ناشی می‌شود:
مکان، شامل آدرس (در صورت عدم وجود، نزدیکترین چهارراه) و شهر:	
اتفاق، رویداد، عمل یا ترک فعل خاصی را که ادعا می‌کنید باعث آسیب یا خسارت شده است مشخص کنید (در صورت لزوم از کاغذ اضافی استفاده کنید):	
چگونگی یا محل قصور کانتی سن دیگو یا کارکنان آن را بیان کنید. نام(های) بخش کانتی و کارمند(هایی) را که باعث آسیب یا خسارت شده‌اند ذکر کنید:	

(Cont.)

CD1 (Rev. 6/11)

توضیحی در مورد خسارت یا فقدان اموال، همانطور که در زمان ادعا مشخص شده است، ارائه دهید:		
شرحی از جراحات را همانطور که در زمان ادعا مشخص شده است ارائه دهید:		
شماره تامین اجتماعی (برای الزامات گزارش‌دهی فدرال ضروری است):		
نام و آدرس هر مصدوم دیگر:		
نام و آدرس مالک ملک آسیب‌دیده:		
خسارات ادعا شده		
مبلغ ادعا شده از این تاریخ: \$ _____		
مبلغ برآورده شده هزینه‌های آتی: \$ _____		
مجموع مبلغ ادعا شده: \$ _____		
مینای محاسبه مبالغ ادعا شده (شامل کپی از تمام صورتحساب‌ها، فاکتورها، برآوردها و غیره):		
خودروی آسیب‌دیده (در صورت وجود)		
ساخت:	مدل:	سال:
شماره پلاک:		مسافت پیموده شده بر حسب مایل:
شرکت بیمه:		شماره بیمه‌نامه:
اطلاعات تکمیلی		
نام و نشانی شاهدان، بیمارستان‌ها، پزشکان و غیره:		
الف.		
ب.		
ج.		
هر گونه اطلاعات تکمیلی که ممکن است در بررسی این ادعا مفید باشد:		

➤ هشدار: اقامه ادعا نادرست جرم است (کد جزا § 72؛ کد بیمه § 556.1)

اینجانب مطالب و اظهارات مطرح شده در ادعا فوق را مطالعه کرده‌ام و می‌دانم که طبق دانش من صادق است، به جز در مواردی که بر اساس اطلاعات یا اعتقادات بیان شده است و در مورد چنین مواردی نیز من معتقدم که همین موضوع صادق است. من با علم به مجازات شهادت کذب، گواهی می‌دهم که اطلاعات فوق درست و صحیح است.

امضا _____ روز _____، 20 _____ در _____

_____ امضای مدعی