샌디에이고 카운티 상대 청구서

(인적 또는 재산적 피해)

타임 스탬프

파일 번호: _____

수신자 **경로**
미국 우편 ☐
사내 우편 ☐
합법적으로 ☐

청구는 사고 또는 사건이 발생한 날부터 6개월 이내에 샌디에이고 카운티의 민사과에 제기해야 합니다. 다른 공공 기관이 아닌 샌디에이고 카운티를 상대로 청구해야 합니다. 공간이 부족할 경우, 추가 용지를 사용하여 단락별 및 번호별로 정보를 표시하십시오. 다음 주소로 작성한 청구서를 우편 또는 직접 전달해야 합니다.

County of San Diego, 민사과, 1600 Pacific Highway, Room 335, San Diego, CA 92101- 전화 (619) 531-4899

명예로운 감독위원회 – 캘리포니아 샌디에이고 카운티에 대하여

본 서명인은 인적 및/또는 재산적 피해와 관련해 다음과 같은 청구 및 정보를 정중히 제출합니다.

청구인 정보		
성	**이름**	**중간 이름**
도로명 주소	**도시**	**우편 번호**
집 전화번호(지역번호 포함)	**직장 전화번호(지역번호 포함)**	**이메일 주소**
생년월일	**운전면허 번호**	
청구인이 통지서 발송을 원하는 이름, 전화번호 및 우체국 주소(위와 다른 경우):		

청구 정보	
청구 날짜:	**청구 시간:**
주소(없는 경우 가장 가까운 교차로) 및 도시를 포함한 위치:	
부상 또는 피해의 원인이라고 주장하는 구체적인 사고, 사건, 행위, 부작위에 대해 구체적으로 명시하세요(필요한 경우 추가 용지를 사용하세요):	
샌디에이고 카운티 또는 소속 직원에게 어떤 잘못이 있는지 작성하세요. 피해 또는 부상을 입힌 부서명과 직원명을 작성하세요:	

청구 시점에 발생한 재산적 피해 또는 손실에 대해 설명하세요:

청구 시점에 발생한 부상에 대해 설명하세요:

사회보장번호(연방 보고 요건):

기타 부상자 이름 및 주소:

피해를 입은 기타 재산 소유자 이름 및 주소:

손해배상청구

본 날짜 기준 청구액: $_____

향후 예상 금액: $_____

청구 총액: $_____

청구액 계산 근거(모든 청구서, 송장, 견적서 등의 사본 포함):

파손 차량(해당하는 경우)

제조사:	모델:	년도:
자동차 등록 번호:	주행 거리:	
보험사:	보험증권번호:	

추가 정보

목격자, 병원, 의사 등의 이름 및 주소:

A.

B.

C.

청구 심사에 유용한 추가 정보:

- 경고: 허위 청구 제기는 형사 범죄입니다(형법 **§ 72**; 보험법 **§ 556.1**)

본인은 위 청구서에 기재한 사항과 진술을 확인했으며, 정보 또는 신념에 의해 진술된 사항을 제외하고 본인이 알고 있는 사실과 동일하다고 믿습니다. 본인은 위증 시 처벌받을 수 있다는 조건하에 진술한 내용이 사실이며 정확함을 주장합니다.

20_____년 _____월 _____일 _____에서 서명

_____

청구인 서명