

ادعا علیه شهرستان سن دیگو
(بابت خسارات وارده به اشخاص یا اموال شخصی)



برچسب زمانی

شماره فایل:

از طریق

☐
☐
☐

دریافت‌شده توسط
اداره پست ایالات متحده
پست بین اداری
باجه

ادعا باید ظرف 6 ماه پس از وقوع حادثه یا رویداد به «بخش دعوای شهرستان سن دیگو» ارسال شود. مطمئن شوید که ادعای شما علیه «شهرستان 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 شناسایی کنید. دعوای تکمیل‌شده باید پست شوند یا به آدرس زیر تحویل داده شوند:

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

به هیئت محترم نظارت - شهرستان 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
نام میانی	
آدرس خیابان	شهر
کد پستی	
تلفن منزل (همراه با کد منطقه)	تلفن محل کار (همراه با کد منطقه)
آدرس ایمیل	
تاریخ تولد	شماره گواهینامه رانندگی
نام، شماره تلفن و آدرس پستی که مدعی مایل است اخطارها 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 تقصیر شهرستان سن دیگو یا کارکنان آن را بیان کنید. نام(های) بخش شهرستان و کارمند(هایی) را که باعث آسیب یا خسارت شده‌اند ذکر کنید:	

توضیحی در مورد خسارت یا از دست دادن اموال، همانطور که در زمان ادعا مشخص شده است، ارائه دهید:

شرحی از آسیب را همانطور که در زمان ادعا مشخص شده است ارائه دهید:

شماره تأمین اجتماعی (برای الزامات گزارش‌دهی فدرال ضروری است):

نام و آدرس هر مصدوم دیگر:

نام و آدرس مالک هر ملک آسیب‌دیده:

خسارات ادعا شده

مبلغ ادعا شده از این تاریخ:

\$ _____

مبلغ برآورده شده هزینه‌های آتی:

\$ _____

مجموع مبلغ ادعا شده:

\$ _____

مینای محاسبه میالغ 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 دعوی نادرست جرم است (بخش 72 از قانون مجازات عمومی؛ بخش 556.1 از قانون بیمه)

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

امضا

روز

20

در

امضای مدعی