



# RECLAMACIÓN CONTRA EL CONDADO DE SAN DIEGO

(POR DAÑOS A LAS PERSONAS O A LOS BIENES PERSONALES)

Recibido por  a través de  
 Correo postal de los EE. UU.   
 Correo interno   
 Por ventanilla

Sello de fecha y hora \_\_\_\_\_

Expediente n. °: \_\_\_\_\_

La reclamación debe presentarse ante la División de Reclamaciones del Condado de San Diego en un plazo de 6 meses desde que se produjo el incidente o suceso. Asegúrese de que su reclamación es contra el Condado de San Diego y no contra otra entidad pública. Si el espacio es insuficiente, utilice hojas adicionales e identifique la información por párrafo y número. Las reclamaciones completadas deben enviarse por correo o entregarse en:

*County of San Diego, Claims Division, 1600 Pacific Highway, Room 355, San Diego, CA 92101- Teléfono: (619) 531-4899*

## A LA HONORABLE JUNTA DE SUPERVISORES - CONDADO DE SAN DIEGO, CALIFORNIA

El abajo firmante presenta con el debido respeto la siguiente reclamación e información relativa a daños a personas y/o bienes personales:

Información sobre el demandante		
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Dirección	Ciudad	Código postal
Teléfono particular (incluirl prefijo)	Teléfono laboral (incluirl prefijo)	Correo electrónico
Fecha de nacimiento	Número de licencia de conducir	
Nombre, teléfono y dirección postal donde el demandante desea que se le envíen las notificaciones, si es distinta de la anterior:		
Información relacionada con la reclamación		
Fecha del suceso o acontecimiento del que se deriva la reclamación:	Hora del suceso o acontecimiento del que se deriva la reclamación:	
Ubicación, incluida la dirección (si no la hay, la calle transversal más cercana) y la ciudad:		
Especifique el suceso, acontecimiento, acto u omisión concreto que, según usted, causó la lesión o el daño (utilice hojas adicionales si es necesario):		
Indique de qué manera o en qué medida el Condado de San Diego o sus empleados fueron responsables. Indique el nombre del departamento del Condado y del empleado o empleados causantes de los daños o lesiones:		

Describe los daños o pérdidas materiales, tal y como se conocen en el momento de la reclamación:		
Describe la lesión, tal como se conoce en el momento de la reclamación:		
Número de la Seguridad Social (necesario para los requisitos federales de presentación de informes):		
Nombre y dirección de cualquier otra persona lesionada:		
Nombre y dirección del propietario de los bienes dañados:		
<b>Daños reclamados</b>		
Monto reclamado a la fecha:	\$ _____	
Monto estimado de los costos futuros:	\$ _____	
Monto total reclamado:	\$ _____	
Base para el cálculo de los montos reclamados (incluya copias de todas las facturas, presupuestos, etc.):		
<b>Vehículo dañado (si corresponde)</b>		
Marca:	Modelo:	Año:
Número de matrícula:	Millaje:	
Compañía de seguro:	Número de póliza:	
<b>Información adicional</b>		
Nombres y direcciones de testigos, hospitales, médicos, etc:		
A.		
B.		
C.		
Cualquier información adicional que considere relevante para analizar esta reclamación:		

➤ **ADVERTENCIA: PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN FALSA ES DELITO (ARTÍCULO 72 DEL CÓDIGO PENAL; ARTÍCULO 556.1 DEL CÓDIGO DE SEGUROS)**

Declaro haber leído las observaciones y declaraciones efectuadas en la reclamación anterior y tener conocimiento de su autenticidad, salvo en lo que se refiere a las observaciones efectuadas sobre la base de información o sospecha, respecto de las cuales creo que son verdaderas. Certifico bajo pena de perjurio que lo anterior es FIEL y EXACTO.

Firmado a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ a las \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del demandante