

## **FORMULARIO DE RECLAMO**

Enviar por correo a:

**City of Detroit Law Department  
Claims Section  
2 Woodward, Suite 500  
Detroit, Michigan 48226-3437**

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

A quien corresponda:

Por la presente se presenta un reclamo contra la ciudad de Detroit por el siguiente incidente que ocurrió el:

\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ a. m./p. m.  
(mes, día, año) (hora)

1. **UBICACIÓN:** \_\_\_\_\_  
(ubicación exacta, incluyendo la dirección)

2. **INFORMACIÓN DEL INCIDENTE** (use hojas adicionales si es necesario):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. **ENUMERE DETALLADAMENTE TODAS LAS LESIONES O LOS DAÑOS:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. **CANTIDAD DEL RECLAMO:** \$ \_\_\_\_\_

Incluya:

- A. Facturas de médicos y hospitales en reclamos por lesiones.
- B. Tres (3) estimados en reclamos por daños a la propiedad.
- C. Verificación de salarios perdidos.
- D. Números de placa y números de identificación de los vehículos involucrados en este incidente.  
(continúa)

5. **TESTIGOS:**

---

NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
--------	-----------	--------------------

---

NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
--------	-----------	--------------------

---

6. **¿Presentó un reclamo con su compañía de seguros?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
Si la respuesta es “Sí”, escriba el nombre y la dirección de la compañía de seguros y su número de póliza:

7. **¿Presentó otras quejas o informes relacionados con este incidente?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
Si su respuesta es “Sí”, especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. **Identidad de los oficiales de policía involucrados, si los conoce:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. **Información que debe completar el reclamante:**

---

Nombre en letra de molde  
y firma

---

Dirección

---

---

Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono
--------	--------	---------------	--------------------

---

Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Número de licencia de conducir
--------------------------	---------------------	--------------------------------

---

{Estado de Míchigan}

{Condado de \_\_\_\_\_}

Suscrito y jurado ante mí el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

Notario público, condado de \_\_\_\_\_, Míchigan Mi comisión vence el: \_\_\_\_\_

**ESTE RECLAMO DEBE ESTAR NOTARIZADO**



---

**DEPARTAMENTO DE LEYES**

Coleman A. Young Municipal Center  
2 Woodward Avenue, Suite 500  
Detroit, Michigan 48226-3437

Teléfono 313•224•4550  
Fax 313•224•5505  
[www.detroitmi.gov](http://www.detroitmi.gov)

Estimado **ciudadano valioso:**

Encontrará como archivo adjunto el formulario de reclamo que solicitó. Complete todo el formulario, **hágalo notarizar** y envíelo a nuestra oficina en el sobre con dirección incluida. Gracias por su paciencia.

**PARA AYUDAR A ESTA DIVISIÓN DEL DEPARTAMENTO DE LEYES DE LA CIUDAD DE DETROIT A ACCELERAR LA INVESTIGACIÓN DE SU RECLAMO, INCLUYA LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS:**

**DAÑOS AL VEHÍCULO:**

- COPIA DEL CERTIFICADO DE SEGURO SIN CULPA
- COPIA DEL REGISTRO DEL VEHÍCULO
- PÁGINA DE DECLARACIONES DE LA PÓLIZA DE SEGURO AUTOMOTOR QUE MUESTRE SU DEDUCIBLE, SI CORRESPONDE
- FOTOGRAFÍAS CLARAS DE LOS DAÑOS AL VEHÍCULO
- TRES (3) ESTIMADOS PARA LAS REPARACIONES O COPIA DEL RECIBO SI LAS REPARACIONES YA SE HICIERON

**DAÑOS A LA PROPIEDAD:**

- FOTOGRAFÍAS CLARAS DE LOS DAÑOS A LA PROPIEDAD
- TRES (3) ESTIMADOS PARA LAS REPARACIONES O COPIA DEL RECIBO SI LAS REPARACIONES YA SE HICIERON
- COPIA DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE PROPIETARIOS DE VIVIENDA, PÁGINA DE DECLARACIONES