

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 Michigan}

{Condado de _____}

Suscrito y jurado ante mí el ____ de _____ de 20 ____.

Notario público, condado de _____, Michigan 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

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 ACELERAR 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