



## King County

Department of Executive Services  
Office of Risk Management Services

الهاتف: 206-263-2250  
الهاتف النصي: 800-833-6388  
8:30 صباحًا - 4:30 مساءً  
الاثنين - الجمعة  
kingcounty.gov/claims

## مطالبة بتعويضات

### تعليمات

أكمل البيانات المطلوبة على كلا الوجهين من هذا النموذج. اذكر تفاصيل محدّدة عن الضرر أو الخسارة التي تكبدتها. أرفق شهادة الشهود والوثائق الداعمة.

تخضع المعلومات والوثائق التي تقدمها لقوانين السجلات العامة.

لا ترسل سجلات شخصية أو طبية حساسة مع نموذج المطالبة الخاص بك. سيطلب المحقق لدينا سجلاتك الشخصية أو الطبية إذا لزم الأمر.

تأكد من التوقيع على نموذج المطالبة المكتمل الخاص بك.

يمكنك تقديم نموذج المطالبة المكتمل بإحدى الطرق التالية:

1. أرسل نموذج المطالبة المكتمل والموقع بالبريد الإلكتروني إلى [fileclaim@kingcounty.gov](mailto:fileclaim@kingcounty.gov)

2. أرسل نموذج المطالبة المكتمل والموقع بالبريد العادي أو قم بتسليمه إلى العنوان التالي:

King County Office of Risk Management Services  
King Street Center  
201 South Jackson Street, Suite 320  
Seattle, WA 98104

سيقوم مكتب خدمات إدارة المخاطر بالتحقيق في مطالبتك. يبدأ التحقيق لدينا عندما نتلقى نموذج المطالبة الخاص بك. قد يطلب المحقق منك تقديم وثائق داعمة. سيوفر لك المحقق عنوان بريد إلكتروني يمكنك إرسال هذه المستندات إليه.

يمكن أن تؤدي مطالبتك إلى واحدة من النتائج الثلاث التالية التي ستقوم مقاطعة كينغ من خلالها بـ:

1. دفع مبلغ من المال.
2. تقديم المطالبة أو تحويلها إلى جهة مسؤولة أخرى أو كيان مسؤول آخر.
3. رفض المطالبة في حالة عدم وجود دليل على تحمل مقاطعة كينغ المسؤولية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بمكتب خدمات إدارة المخاطر على الرقم 206-263-2250.

### معلومات المُطالب

اللغة المفضلة للتواصل: \_\_\_\_\_

اسم المُطالب: \_\_\_\_\_

عنوان البريد العادي: \_\_\_\_\_

عنوان الشارع - المدينة - الولاية - الرمز البريدي

عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

الهاتف المفضل للتواصل: \_\_\_\_\_ هاتف بديل: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

هل لديك محامٍ يمثلك؟  نعم  لا

اسم المحامي: \_\_\_\_\_

عنوان البريد العادي: \_\_\_\_\_

عنوان الشارع - المدينة - الولاية - الرمز البريدي

عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_

## معلومات الحادث

تاريخ الحادث: توقيت الحادث:  صباحاً  مساءً

أين وقع الحادث؟

اسم الشارع أو الطريق: أقرب تقاطع:

صِف ما حدث (أرفق المزيد من الصفحات حسب الحاجة).

هل تعرضت لإصابة؟  نعم  لا

صِف أي أضرار أو إصابات وقعت.

ما وجه مسؤولية مقاطعة كينغ عن وقوع الحادث؟

الشهود والأشخاص الآخرون المعنيون:

الاسم - الهاتف/البريد الإلكتروني - ما صلة هذا الشخص بالحادث؟

1.

2.

3.

هل كانت مركبتك سبباً في الحادث أو تضررت بسببه؟  نعم  لا

عام الصنع:

نوع التصميم:

طراز الصنع:

رقم لوحة السيارة:

اسم المالك:

شركة التأمين:

رقم وثيقة التأمين:

رقم مطالبة التأمين:

هل كانت لإحدى حافلات Metro Transit أو إحدى مركبات مقاطعة كينغ صلة بالحادث؟  نعم  لا

رقم لوحة المركبة:

رقم المركبة:

خط السير:

أحد المشاة

سائق مركبة أخرى

راكباً على متن الحافلة

كنت:

راكب دراجة

صاحب مركبة أخرى

راكباً على متن مركبة أخرى

أطالب بتعويضات بمبلغ \_\_\_\_\_ دولارًا.

أعلن، ملتزماً بعقوبة الحنث باليمين وفقاً لقوانين ولاية واشنطن، أن كل ما سبق حقيقي وصحيح.

المدينة والولاية

التاريخ

الاسم بحروف واضحة

التوقيع