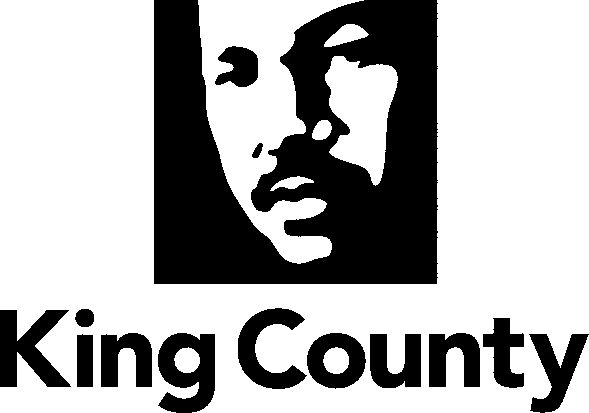
**Заявление о возмещении ущерба**



Department of Executive Services

**Office of Risk Management Services**

Телефон: 206-263-2250

TTY: 800-833-6388

8:30am - 4:30pm

С понедельника по пятницу

kingcounty.gov/claims

**Инструкции**

Заполните форму с **обеих сторон.** Укажите конкретную информацию об ущербе или убытке. Укажите имена свидетелей и приложите подтверждающие документы.

Предоставляемые вами информация и документы подпадают под действие законов о публичных записях.

**Не отправляйте вместе с заявлением конфиденциальные личные или медицинские данные.** В случае необходимости ваши личные или медицинские данные запросит наш инспектор. Не забудьте **подписать** заполненное заявление.

Подать заполненное заявление можно любым из этих способов:

Отправьте заполненное и подписанное заявление по электронной почте по адресу: fileaclaim@kingcounty.gov

Отправьте заполненное и подписанное заявление по почте или доставьте лично по адресу:

King County Office of Risk Management Services

King Street Center

201 South Jackson Street, Suite 320

Seattle, WA 98104

Служба управления рисками (Office of Risk Management Services) проведет расследование по вашему заявлению. Расследование начнется, когда мы получим заявление. Ваш инспектор может запросить подтверждающие документы. Их необходимо будет отправить на адрес электронной почты, который сообщит вам инспектор.

По результатам рассмотрения вашего заявления возможны три варианта развития событий. Округ Кинг:

Выплатит денежную сумму.

Предложит исполнить или передаст заявление другой ответственной стороне или организации.

Откажет в удовлетворении заявления по причине отсутствия доказательств, свидетельствующих об ответственности округа Кинг.

Если у вас есть вопросы, позвоните в Службу управления рисками по номеру 206-263-2250.

**Информация о заявителе**

Предпочитаемый язык: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя и фамилия заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Почтовый адрес: |  |  |  |  |
|  | Адрес проживания - Город - Штат - ИНДЕКС | | | |

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предпочтительный телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Альтернативный телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_

Ваши интересы представляет адвокат? □ Да □ Нет

Имя и фамилия адвоката: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Почтовый адрес: |  |  |  |  |
|  | Адрес проживания - Город - Штат - ИНДЕКС | | | |

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информация о происшествии**

Дата: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_:\_\_\_\_ □ AM □ PM

Где произошло происшествие? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Название улицы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ближайший перекресток: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Опишите, что произошло (при необходимости приложите дополнительные листы).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Получили ли вы травмы? □ Да □ Нет

Опишите ущерб или травмы. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Какое отношение к этому имеет округ Кинг? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Свидетели и другие лица, имеющие отношение к происшествию:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Имя, фамилия | Телефон/адрес электронной почты | Какое отношение это лицо имеет к происшествию? |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Был ли ваш автомобиль вовлечен в эту аварию или был поврежден? □ Да □ Нет

Номерной знак: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Марка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Модель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Год: \_\_\_\_\_\_

Имя и фамилия владельца: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Страховая компания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер страхового полиса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер заявления о выплате страхового возмещения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Участвовал ли в происшествии автобус Metro Transit или другое транспортное средство округа Кинг? □ Да □ Нет

Маршрут: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер ТС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номерной знак: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я был: □ Пассажиром автобуса □ Водителем другого ТС □ Пешеходом

□ Пассажиром другого ТС □ Владельцем другого ТС □ Велосипедистом

Я требую возмещения ущерба в сумме $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Под страхом обвинения в лжесвидетельстве в соответствии с законами штата Вашингтон я заявляю, что приведенная выше информация является верной и правильной.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Подпись | Расшифровка подписи | Дата | Город и штат |