

Reclamación por Daños y Perjuicios de las Escuelas Públicas de Seattle

NOTAR: Las Escuelas Públicas de Seattle no pueden pagar daños a menos que se presente un reclamo que cumpla con la Ley del Estado de Washington ante la Oficina del Asesor Jurídico. Dirija todas sus preguntas a la Oficina del Asesor Jurídico General al 206-252-0110. **También tenga en cuenta que, si se le envía un cheque de liquidación por correo, si por alguna razón el cheque no llega y se presume que se ha perdido, robado y/o extraviado, se volverá a emitir un cheque de reemplazo después de un período de espera de 15 días a partir de la fecha de notificación de que falta el cheque.**

Instrucciones:

- 1) Completar el formulario, dando detalles específicos sobre su daño o pérdida, incluidas las fechas, horas y testigos.
- 2) Firmar el formulario.
- 3) Devolver el formulario por correo o entrega en mano durante el horario de oficina (de lunes a viernes entre las 8:30 a.m. y las 4:30 p.m.) a **Seattle Public Schools, General Counsel's Office, MS 32-151, P.O. Box 34165, Seattle, Washington 98124**, o por correo electrónico a General Counsel, Greg Narver at gcnarver@seattleschools.org o Deputy General Counsel, John Cerqui en jcerqui@seattleschools.org.

Demandante

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Padre/Tutor del Demandante (Indique si el Reclamante es menor de 18)

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección:

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Edad: _____

La siguiente información se solicita de conformidad con la ley federal, Sección 111 de la Ley de Extensión de Medicare, Medicaid y SCHIP de 2007 (MMSEA):

¿Es actualmente elegible o está cubierto por Medicare? Yes _____ No _____

¿La persona lesionada ha estado en SSDI durante 2 años o más? Yes _____ No _____

Dirección seis meses antes de que ocurriera la pérdida/accidente:

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha del Accidente _____ Hora del Accidente _____ Cantidad Reclamada \$ _____

Lugar de la Pérdida/Accidente _____

Descripción de la Pérdida/Accidente (Describa en detalle cómo ocurrió la pérdida/accidente.)

(Continúa en el reverso)

Lesiones Relacionadas Con Un Accidente (Si resultó lesionado, describa las lesiones en su totalidad).

Identifique a los médicos o a cualquier otro profesional médico involucrado:

Si el reclamante recibió tratamiento médico, el monto total de las facturas médicas no reembolsadas \$ _____ (Adjunte todas las facturas médicas).

¿Sigue recibiendo tratamiento médico?, Sí o No?

Participación del Distrito Escolar de Seattle (¿Por qué cree que el Distrito Escolar de Seattle es responsable de la lesión descrita anteriormente?)

Testigos (Por favor, indique números de teléfono y direcciones)

1) _____

2) _____

3) _____

Esta es una afirmación verdadera y precisa:

Firma del demandante: _____