



# DISTRITO DE TRANSPORTE DE ALAMEDA-CONTRA COSTA RECLAMO POR DAÑOS Y PERJUICIOS

(Código § 910 del gobierno y siguientes)

## INSTRUCCIONES

- Los reclamos pueden caducar si no se presentan dentro de los límites de tiempo conforme al Código de Gobierno de California.
- Conteste todas las secciones de manera completa según su leal saber y entender.
- Adjunte hojas por separado, según sea necesario, para dar detalles completos. FIRME TODAS LAS HOJAS.
- Complete el documento por duplicado. EL RECLAMANTE CONSERVARÁ SOLO UNA COPIA.
- Proporcione un sobre estampillado con su nombre y dirección para que se le devuelva la copia del reclamo.
- AC Transit no puede brindarle ningún tipo de asesoramiento legal.
- Los reclamos enviados por fax o correo electrónico no se aceptarán como reclamos válidos.

**PRESENTE EL RECLAMO ANTE:** Oficina del secretario de distrito de AC Transit  
1600 Franklin Street  
Oakland, CA 94612

Reservado para timbrado  
N.º de archivo

RECLAMO INICIAL       RECLAMO ENMENDADO

1. Nombre completo del reclamante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono (día): \_\_\_\_\_

2. Domicilio particular del reclamante: \_\_\_\_\_  
Número                      Calle                      N.º de apt.                      Ciudad                      Estado                      Código postal

3. Dirección postal si es distinta: \_\_\_\_\_  
Número                      Calle                      N.º de apt.                      Ciudad                      Estado                      Código postal

4. Número del Seguro Social del reclamante: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

5. ¿Está el reclamante cubierto por Medicare?    Sí  No  Si la respuesta es afirmativa, número de Medicare: \_\_\_\_\_

6. ¿Está el reclamante cubierto por Medi-Cal?    Sí  No  Si la respuesta es afirmativa, número de Medi-Cal: \_\_\_\_\_

7. Fecha del incidente: \_\_\_\_\_ Día de la semana: \_\_\_\_\_ Hora del incidente: \_\_\_\_\_  a. m.  p. m.  
Mes/Día/Año

8. Lugar del incidente: \_\_\_\_\_  
Sea lo más preciso posible e incluya el nombre de la calle, la calle transversal más cercana o la dirección y ciudad donde ocurrió el incidente.

9. N.º de autobús: \_\_\_\_\_ N.º de ruta \_\_\_\_\_ Sentido del recorrido: \_\_\_\_\_ N.º de placa del conductor \_\_\_\_\_

10. ¿Era el reclamante:  un pasajero de un vehículo del distrito?     un peatón?     el conductor de otro vehículo?  
 un pasajero que se encontraba en otro vehículo?  
 el dueño del otro vehículo o propiedad? Si no era ninguna de las opciones anteriores, indicar quién era: \_\_\_\_\_

11. Describa el incidente que dio lugar a este reclamo:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Describa todas las lesiones/daños causados por este incidente:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Enumere los nombres y domicilios de todos los médicos, hospitales y proveedores de atención médica que atendieron al reclamante debido a las lesiones descritas en el punto número 10:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VER AL DORSO PARA COMPLETAR

14. ¿Afectó algún problema médico preexistente las mismas áreas del cuerpo del reclamante que fueron lesionadas en el incidente?

Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, explicar:

---

---

15. Si el monto total reclamado es inferior a \$10,000, ingrese la cantidad reclamada aquí: \_\_\_\_\_

¿Es la cantidad reclamada superior a \$25,000?  Sí  No

16. ¿Cómo se determinaron los daños del reclamante? (Incluya copias de todos los recibos o facturas)

---

---

---

17. Si el reclamante era el propietario de un vehículo involucrado en el incidente, adjunte copias de lo siguiente:

a) Dos (2) presupuestos detallados de la reparación del vehículo      b) Registro actual o prueba de titularidad      c) Prueba del seguro

18. ¿Qué fue lo que hicieron el distrito o sus empleados, o qué no hicieron, que causó este daño o lesión?

---

---

---

19. Enumere los nombres de los empleados del distrito que causaron este daño o lesión, si los conoce. Si no conoce los nombres o los números de placa, proporcione una descripción física detallada.

---

---

20. Indique el nombre, domicilio y número de teléfono de todos los testigos del incidente:

---

---

---

21. Proporcione toda información adicional que considere que puede ser útil que el distrito tenga en cuenta este reclamo:

---

---

22. Todas las notificaciones y comunicaciones relacionadas con este reclamo se enviarán al reclamante que indicó en las líneas 1 y 2 al otro lado de este formulario, salvo que complete lo siguiente para identificar a la persona a quien se deben dirigir las futuras comunicaciones.

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto durante el día: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del reclamante en letra de imprenta      Firma del reclamante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

(Nota: Si el reclamo es realizado por una persona que representa al reclamante, dicha persona debe firmar a continuación).

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta de la persona que representa al reclamante

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que representa al reclamante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

**ADVERTENCIA: LA PRESENTACIÓN DE ASIGNACIONES O PAGOS COMO RESULTADO DE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO, CON EL PROPÓSITO DE ESTAFAR, ES UN DELITO SANCIONADO POR EL CÓDIGO PENAL DE CALIFORNIA, SECCIÓN 72.**