SACRAMENTO REGIONAL TRANSIT

Formulario de Reclamación

Número de Archivo de RT:

Por medio de la presente, se notifica al Distrito de Tránsito Regional de Sacramento que se le presenta una reclamación por daños, según se detalla a continuación:

❶

Nombre:_____

Dirección:_____

Ciudad:_____Estado:____ Cód. Postal:_____

Tel. Casa: (____) _____ Fecha de Nacimiento:_____

Tel. Trabajo: (_____) _____ Núm. de Seguro Social:_____

❷ **Dirección a la que deben enviarse los avisos relacionados con esta reclamación:**

Nombre: _____

Dirección:_____

Ciudad:_____Estado:_____

Cód. Postal:_____ Teléfono: (____) _____

❸ **Descripción del Incidente:**

Vehículo(s) Involucrado(s): Autobús_____ Tren Ligero_____ Otro_ Fecha: _____

Hora: _____AM/PM Núm. de Vehículo de RT:_____Núm. de Ruta:_____

Nombre del Empleado de RT (si se conoce): _____ O Descripción del Empleado de RT:_____

Ubicación:

Calle o Estación de Tren Ligero:_____

Dirección de Viaje:_____

Intersección Más Cercana:_____ Ciudad: _____

Describa lo ocurrido (use páginas adicionales si es necesario):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

4 **Describa lesiones y/o daños a la propiedad sufridos como resultado del incidente:**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

5 **Declaración de Daños:** Enumere todos los costos en los que se haya incurrido hasta la fecha y los estimados de futuros costos como resultado del incidente. Adjunte recibos, si están disponibles:

		Monto
(a)	_____	$_____
(b)	_____	$_____
(c)	_____	$_____
(d)	_____	$_____
(e)	_____	$_____
(f)	_____	$_____
	Monto Total Reclamado:	$_____

6 **DECLARACIÓN BAJO PENA DE PERJURIO:**

He leído la información y declaraciones hechas en esta reclamación y sé que son verdaderas según mi propio conocimiento, excepto aquellas que declaro basadas en información y creencia, y según esa información creo que son verdaderas.

Certifico bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto.

Ejecutado el día_____ de _____ de _____ en
Mes Año

_____, _____. _____
Ciudad Estado Firma del Reclamante

_____
Nombre del Reclamante (en letra de imprenta)

ADVERTENCIA: PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN FALSA ES DELITO **(Código Penal 72)**

Enviar por correo a:

Sacramento Regional Transit District
Risk Management Department
1102 Q Street, Suite 3000 • Sacramento, CA 95811