

دعوی علیه ایالت سن دیگو
(برای خسارات وارد شده به افراد یا اموال شخصی)



محدوده زمانی

شماره دوسیه:

از طریق

دریافت شده توسط
پست ایالات متحده امریکا
داخل پسته خانه
خارج از بورس فروخته شده

شکایت باید طی 6 ماه بعد از وقوع حادثه یا رویداد در بخش دعوی ایالت سن دیگو ثبت شود. مطمئن شوید که دعوی شما علیه ایالت سن دیگو است، نه یک نهاد دولتی دیگر. وقتی که جای کافی موجود نبود، لطفاً از ورق اضافی استفاده کنید و معلومات را بر اساس پاراگراف و شماره شناسایی کنید. دعوی تکمیل شده باید به آدرس ذیل ارسال یا تحویل داده شوند:

531-4899 (619) تیلیفون 92101 San Diego, CA, 355 Pacific Highway, Room 1600, County of San Diego, Claims Division

به هیئت مدیره محترم نظارت - ایالات سن دیگو، کالیفورنیا

امضاء کننده ذیل بصورت محترمانه دعوی و معلومات ذیل را در رابطه با خسارت وارد شده به افراد و/یا دارایی شخصی ارائه می کند:

| معلومات مدعی | |
|--|--|
| نام و وسطی | نام |
| تخلص | تخلص |
| آدرس سرک | شهر |
| تیلیفون خانه (شامل کد منطقه) | تیلیفون محل کار (شامل کد منطقه) |
| ایمیل آدرس | ایمیل آدرس |
| تاریخ تولد | نمبر جواز رانندگی |
| نام، تیلیفون و آدرس پسته خانه که مدعی می خواهد اطلاعیه ها به آن ارسال شود، در صورتی که موارد فوق وجود نداشته باشد: | |
| معلومات دعوی | |
| تاریخ وقوع یا حادثه ای که از آن دعوی بوجود میاید: | زمان وقوع یا حادثه ای که از آن دعوی بوجود میاید: |
| موقعیت، از جمله آدرس (در صورت عدم وجود، نزدیکترین چهارراه) و شهر: | |
| واقعه، حادثه، عمل یا غفلت که ادعا می کنید منجر به جراحت یا آسیب شده است را مشخص کنید (در صورت ضرورت از ورق اضافی استفاده کنید): | |
| نحوه یا محل اشتباه یا تقصیر کاونتی سن دیگو یا کارمندان آن را شرح دهید. نام(های) بخش کاونتی و کارمند(هایی) که باعث تخریب یا جراحت شده اند، را ذکر کنید: | |

در باره خسارت یا از دست دادن اموال، همانگونه که در وقت دعوی معروف است، توضیح دهید:

در باره آسیب، همانگونه که در وقت دعوی معروف است، توضیح دهید:

نمبر تأمین اجتماعی (برای شرایط و نیازمندیهای گزارشدهی فدرال ضرورت است):

نام و آدرس هر شخص مجروح دیگر:

نام و آدرس مالک هر ملکیت آسیب دیده:

خسارات مطالبه شده

مبلغ ادعا شده از این تاریخ:

_____ \$

مبلغ تخمینی مصارف آینده:

_____ \$

مجموع مبلغ مطالبه شده:

_____ \$

مبنای محاسبه مبالغ مطالبه شده (شامل کاپی تمام بیل ها، انوایس ها، برآوردها و غیره):

واسطه نقلیه تخریب شده (در صورتی که وجود داشته باشد)

ساخت:

مودل:

سال:

نمبر پلیت جواز:

مسافت پیموده شده:

شرکت بیمه:

نمبر پالیسی:

معلومات اضافی

نام و آدرس شاهدان، شفاخانه ها، داکتران و غیره:

الف.

ب.

ج.

هر گونه معلومات اضافی که در بررسی این دعوی مفید است:

➤ هشدار: اقامه دعوی دروغ، جرم جنایی است (کود جزا § 72؛ قانون بیمه § 556.1)

من موضوعات و اظهارات مطرح شده در دعوی فوق را مطالعه کرده ام و براساس دانش خود نیز آن را درست می دانم، به استثنای موضوعاتی که بر اساس معلومات یا دیدگاه بیان شده است و در باره چنین موضوعاتی نیز معتقدم که درست است. من با توجه به جزای شهادت دروغ تصدیق می کنم که موارد فوق درست و دقیق است.

این _____ را امضاء کرد روز _____ ، 20 _____ ساعت _____

امضای مدعی