

CITY CLAIM # _____

POLICE RPT. # _____



(FOR OFFICIAL USE ONLY)
U.S. Mail Hand Delivery Other

CLAIM AGAINST CITY OF NAPA

Please return to: City Clerk, 955 School Street, Napa, CA 94559 / Tel: (707)257-9503 Fax: (707)257-9534

CLAIM FORMS MUST BE FILLED OUT COMPLETELY. DO NOT LEAVE ANY BLANK SPACES. ADD ADDITIONAL SHEETS AS NECESSARY.

1. CLAIMANT'S NAME (PRINT): _____

2. CLAIMANT'S ADDRESS: _____
(Street or P.O.Box Number) (City, State, Zip Code)

3. HOME PHONE: _____ WORK PHONE: _____

IF YOUR CLAIM IS FOR UNDER \$10,000, STATE THE TOTAL ESTIMATED AMOUNT HERE \$_____, AND SET FORTH THE CALCULATIONS SUPPORTING THE TOTAL AMOUNT OF YOUR CLAIM.

IF YOUR TOTAL CLAIM IS ESTIMATED AT \$10,000 OR MORE, CHECK THE BOX INDICATING WHETHER YOUR CLAIM WOULD BE A LIMITED CIVIL CASE (\$25,000 OR LESS), OR AN UNLIMITED CIVIL CASE.

4. ADDRESS TO WHICH NOTICES ARE TO BE SENT:
IF DIFFERENT FROM LINES 1 AND 2 (PRINT) _____
(NAME)

(STREET or P.O. BOX NUMBER) (CITY, STATE, ZIP CODE)

5. DATE OF INCIDENT: _____ TIME OF INCIDENT: _____

LOCATION OF INCIDENT: _____

6. DESCRIBE THE INCIDENT OR ACCIDENT INCLUDING YOUR REASON FOR BELIEVING THE CITY IS LIABLE FOR YOUR DAMAGES: _____

7. DESCRIBE ALL INJURIES AND DAMAGES WHICH YOU BELIEVE YOU HAVE INCURRED AS A RESULT OF THE INCIDENT: _____

8. NAME(S) OF PUBLIC EMPLOYEE(S) CAUSING THE DAMAGES YOU ARE CLAIMING (IF APPLICABLE):

9. WITNESS: _____
(NAME) (ADDRESS) (TELEPHONE) (SIGNATURE)

SIGNATURE OF CLAIMANT (S) Date

Any person who, with intent to defraud, presents any false or fraudulent claim may be punished by imprisonment, fine, or both.
Note: Most claims must be filed within 180 days of incident. See Government Code Section 900 et seq.

RECLAMO MUNICIPAL # _____

INFORME POLICIAL # _____



Utilice este lado como ayuda para RELLENAR EL LADO EN INGLÉS SOLAMENTE

RECLAMO EN CONTRA DE LA CIUDAD DE NAPA

Por favor devuelva a: City Clerk, 955 School Street, Napa, CA 94559 / Tel: (707)257-9503 Fax: (707)257-9534

LOS FORMULARIOS DE RECLAMO SE DEBEN LLENAR POR COMPLETO. NO DEJE NINGÚN ESPACIO EN BLANCO, ADJUNTE HOJAS ADICIONALES SEGÚN SEA NECESARIO.

3. NOMBRE DEL RECLAMANTE (letra de molde): _____

4. DOMICILIO DEL RECLAMANTE: _____
(Número de calle o P.O. Box) (ciudad, estado, código postal)

3. TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

➤ SI SU RECLAMO ES POR MENOS DE \$ 10,000, INDIQUE LA CANTIDAD ESTIMADA TOTAL AQUÍ \$ _____, Y ESTABLEZCA LOS CÁLCULOS QUE RESPALDAN LA CANTIDAD TOTAL DE SU RECLAMO.

➤ SI SU RECLAMO TOTAL ESTÁ ESTIMADO EN \$ 10,000 O MÁS, MARQUE LA CASILLA SI EL RECUENTO INDICA QUE SU RECLAMO SERÁ: UN CASO CIVIL LIMITADO (\$ 25,000 O MENOS), O UN CASO CIVIL ILIMITADO.

4. DOMICILIO DONDE SE DEBEN ENVIAR LOS AVISOS: SI ES DIFERENTE DE LAS LÍNEAS 1 Y 2 (letra de molde) _____
(NOMBRE)

(NÚMERO DE DOMICILIO / P.O. BOX) (CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)

5. FECHA DEL INCIDENTE: _____ HORA DEL INCIDENTE: _____

LUGAR DEL INCIDENTE: _____

9. DESCRIBA EL INCIDENTE O ACCIDENTE INCLUYENDO SU RAZÓN POR LA CUÁL CREE QUE LA CIUDAD ES RESPONSABLE POR SUS DAÑOS: _____

10. DESCRIBA TODAS LAS LESIONES Y/O DAÑOS QUE USTED CREE HABER SUFRIDO O LE HAN SUCEDIDO, COMO RESULTADO DEL INCIDENTE: _____

11. NOMBRE (S) DEL (DE LOS) EMPLEADO (S) PÚBLICO (S) QUE CAUSAN LOS DAÑOS QUE RECLAMA (SI CORRESPONDE): _____

9. TESTIGO(S): _____
(NOMBRE) (DOMICILIO) (TELÉFONO) (FIRMA)

FIRMA(S) DEL(OS) RECLAMANTE(S)

Fecha

Cualquier persona que, con la intención de defraudar, presente un reclamo falso o fraudulento, puede ser castigada con prisión, multa o ambas cosas.

Nota: la mayoría de los reclamos deben presentarse dentro de los 180 días posteriores al incidente.

Vea la Sección 900 et seq., del Código de Gobierno.