



La ciudad de
OKLAHOMA CITY

OFICINA DEL CONCEJAL MUNICIPAL
Kenneth Jordan
Concejal municipal

Estimado(a) reclamante:

Adjunto se encuentra el formulario de reclamación que solicitó para presentar una reclamación contra la Ciudad de Oklahoma City. **Lea cuidadosamente las instrucciones antes de completar el formulario.** Envíe su reclamación a City Clerk's Office, 200 N. Walker, 2nd Floor, Oklahoma City, Oklahoma 73102, para realizar la presentación de forma correcta.

El reclamante debe proporcionar todos los documentos que respalden su reclamación. Si no proporciona la información completa o los documentos de respaldo, es posible que la investigación de la reclamación se demore.

La ley estatal establece que las reclamaciones contra una subdivisión política deben ser por escrito y presentarse ante la oficina del secretario del consejo de administración. (Sección 156 (D) del título 51 de las Leyes de Oklahoma [O.S., por sus siglas en inglés]). Es responsabilidad del reclamante presentar su reclamación ante la Oficina del Secretario de la Ciudad. Posteriormente, la Oficina del Secretario de la Ciudad enviará su reclamación a nuestra oficina. Usted recibirá una carta en la que se notificará que la Oficina del Secretario de la Ciudad recibió la reclamación y el nombre del abogado o el pasante legal que la revisará.

Toda reclamación por agravios se rige por las disposiciones de la Ley Gubernamental de Reclamaciones por Agravios (Sección 151 *et seq.* del Título 51 de las O.S.). Este acto otorga a la Ciudad 90 días para investigar su reclamación antes de que usted pueda iniciarle una demanda civil. **La ley estatal también establece que una reclamación se considera denegada si una subdivisión política no la aprueba dentro del plazo de noventa (90) días.** Aunque el reclamante y la Ciudad pueden continuar intentando resolver la reclamación, las negociaciones del acuerdo no extienden la fecha de denegación, a menos que el reclamante y la Ciudad lo acuerden **por escrito**.

Le sugerimos que lea las leyes estatales o consulte a su propio abogado privado para determinar sus derechos y recursos legales. La Oficina del Concejal Municipal no representa al reclamante. Esta oficina es la asesoría legal del Concejo de la Ciudad.

Nuestra oficina tomará todas las medidas para revisar su reclamación lo más rápido posible.

Atentamente.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Chris Hall".

Chris Hall
Concejal municipal adjunto

CH:br

Documentos adjuntos

200 North Walker • Oklahoma City, OK 73102-2297 • 405/297-2451 • FAX 405/297-385



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN ENVIADOS POR FAX

Oficina del Secretario de la Ciudad - Reclamaciones
200 North Walker, 2.º piso
Oklahoma City, OK 73102

ESCRIBA A MÁQUINA O IMPRIMA EN TINTA.

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE: (**Cada persona que realiza una reclamación debe presentar una reclamación separada**)

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono particular _____ Teléfono durante el día _____

Correo electrónico _____

Fecha y hora de los daños _____ a las _____ a. m./p. m.
mes día año hora

Dirección donde ocurrieron los daños _____

Si el reclamante no es el propietario de los bienes dañados, proporcione el nombre y la dirección del propietario, y el teléfono para llamar durante el día.

EL RECLAMANTE DEBE PROPORCIONAR TODOS LOS DOCUMENTOS QUE RESPALDEN SU RECLAMACIÓN. SI NO PROPORCIONA LA INFORMACIÓN COMPLETA NI LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO, ES POSIBLE QUE LA INVESTIGACIÓN DE LA RECLAMACIÓN SE DEMORE.

Describa brevemente lo que sucedió. Incluya el nombre del Departamento de la Ciudad o del empleado involucrado, y una descripción completa del vehículo o bien de la Ciudad que presuntamente estuvo involucrado en el incidente. Proporcione toda prueba que demuestre que la Ciudad o un empleado de la Ciudad fue responsable. Si se requiere más espacio, adjunte hojas adicionales. **Debe proporcionar fotografías de los daños para respaldar su reclamación.** Además, si alega daños debido a un bache u otro defecto de la calle, **DEBE** proporcionar fotografías del supuesto bache/defecto. No podemos devolver documentación ni fotografías, ni hacer copias para usted. Conserve copias de todos los documentos que envíe.

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

¿Recibe Medicare actualmente? ☐ Sí ☐ No. *En caso afirmativo, indique la información del seguro de Medicare/Medicaid en la página 2*

¿Presentó una reclamación ante su compañía de seguros por estos daños? ☐ Sí ☐ No. *En caso afirmativo, presente una copia de la reclamación.*

¿Recibió o espera recibir una compensación por los daños de su compañía de seguros? ☐ Sí ☐ No.

¿Cuál fue o será el monto de la compensación de su compañía de seguros? \$ _____

Indique el nombre de su compañía de seguros, el número de póliza; y el nombre, la dirección y el teléfono del agente.

(SI SE REQUIERE MÁS ESPACIO PARA DESCRIBIR LOS DAÑOS, ADJUNTE HOJAS ADICIONALES AL FORMULARIO)

DAÑOS A BIENES (que no sean un vehículo):

Indique los artículos dañados. Indique cada artículo dañado, la antigüedad del artículo y su costo original. También indique el costo de reparación o reposición de los artículos. Si los daños fueron a su vivienda, adjunte una copia de la escritura. Adjunte recibos o presupuestos para verificar los montos reclamados, y fotografías de los bienes dañados.

	Monto reclamado
1.	\$ _____
2.	\$ _____
3.	\$ _____
4.	\$ _____
MONTO TOTAL RECLAMADO \$ _____	

LESIONES:

Indique las lesiones en el cuerpo, el costo del tratamiento médico hasta la fecha y el costo médico previsto. Proporcione documentación que respalde todos los daños reclamados. ¿Estaba en el trabajo al momento de la lesión? ☐ Sí ☐ No. En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de su empleador? _____

	Monto reclamado
1.	\$ _____
2.	\$ _____
3.	\$ _____
MONTO TOTAL RECLAMADO \$ _____	

¿Medicare/Medicaid pagó o pagará alguna factura médica? ☐ Sí ☐ No. En caso afirmativo, indique el número de Medicare/Medicaid.

Número de Medicare/Medicaid _____
Nro. de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Género _____

Si la Ciudad es responsable de dichas facturas, esta debe informar todo acuerdo a Medicare/Medicaid.

Entiendo que la información solicitada es para ayudar al solicitante a coordinar con precisión los beneficios con Medicare/Medicaid y cumplir con su obligación de informar dispuesta por la Ley del Pagador Secundario de Medicare, Sección 1395y del Título 42 del Código de Estados Unidos (U.S.C., por sus siglas en inglés).

Nombre del beneficiario de Medicare/Medicaid (letra de imprenta)	Firma del beneficiario de Medicare/Medicaid
--	---

DAÑOS A VEHÍCULOS: (Se requiere una copia del frente y el reverso del título de su vehículo)

Indique los daños al vehículo. SE DEBEN ENVIAR FACTURAS DE REPARACIÓN O AL MENOS DOS PRESUPUESTOS DEL COSTO DE TODAS LAS REPARACIONES. Indique otros daños reclamados (neumáticos, grúa, alquiler de vehículos, almacenamiento, etc.). Indique cada artículo dañado, la antigüedad del artículo y su costo original. Adjunte recibos o presupuestos para verificar los montos reclamados y proporcione fotografías de los daños del vehículo.

	Monto reclamado
1.	\$ _____
2.	\$ _____
3.	\$ _____
4.	\$ _____
MONTO TOTAL RECLAMADO \$ _____	

El reclamante debe firmar el formulario

A mi leal saber y entender, la información anterior es correcta. Asimismo, declaro que no realicé ningún pago, ni di ni doné ni acordé pagar, dar ni donar, ya sea directa ni indirectamente, a ningún funcionario electo, funcionario ni empleado de la Ciudad de Oklahoma City dinero ni ninguna cosa de valor para obtener el pago.

Firma del reclamante	Fecha
----------------------	-------