



Thành phố **OKLAHOMA**

VĂN PHÒNG CỔ VẤN THÀNH PHỐ
Kenneth Jordan
Cố vấn thành phố

Kính gửi Người yêu cầu:

Chúng tôi gửi kèm theo đây biểu mẫu bạn đã yêu cầu để bạn nộp đơn yêu cầu Thành phố Oklahoma bồi thường. **Vui lòng đọc kỹ hướng dẫn trước khi điền thông tin vào biểu mẫu này.** Nộp lại đơn yêu cầu của bạn cho Văn phòng Thư ký Thành phố tại địa chỉ 200 N. Walker, 2nd Floor, Oklahoma City, Oklahoma 73102, để được xem là đơn đã được nhận hợp lệ.

Người yêu cầu bồi thường phải cung cấp mọi tài liệu để hỗ trợ cho đơn của mình. Việc không cung cấp đầy đủ thông tin và/hoặc tài liệu hỗ trợ có thể trì hoãn việc điều tra đơn yêu cầu của bạn.

Luật tiểu bang quy định rằng đơn yêu cầu bồi thường đối với một phân khu chính trị phải được lập thành văn bản và nộp cho văn phòng thư ký của cơ quan quản lý. (51 O.S. § 156 (D).) Trách nhiệm của người yêu cầu bồi thường là nộp đơn cho Văn phòng Thư ký Thành phố. Sau đó, Văn phòng Thư ký Thành phố sẽ chuyển đơn của bạn cho văn phòng chúng tôi. Bạn sẽ nhận được thư thông báo khi Văn phòng Thư ký Thành phố nhận được yêu cầu của bạn. Thông báo sẽ có tên của luật sư hoặc thực tập sinh pháp chế đang xem xét yêu cầu của bạn.

Mọi yêu cầu bồi thường sẽ đều được điều chỉnh bởi các quy định trong Đạo luật Yêu cầu Bồi thường của Chính phủ (51 O.S. § 151 et seq.). Đạo luật này cho phép Thành phố có 90 ngày để điều tra đơn yêu cầu bồi thường của bạn trước khi bạn có thể nộp đơn kiện Thành phố. Luật tiểu bang cũng quy định yêu cầu bồi thường được coi là bị từ chối nếu một phân khu chính trị không phê duyệt yêu cầu bồi thường trong vòng chín mươi (90) ngày. Mặc dù người yêu cầu bồi thường và Thành phố có thể tiếp tục cố gắng giải quyết đơn yêu cầu bồi thường, các cuộc đàm phán giải quyết sẽ không gia hạn ngày từ chối trừ phi được cả người yêu cầu bồi thường và Thành phố đồng ý **bằng văn bản.**

Bạn có thể cần phải đọc các quy định của tiểu bang và/hoặc tham khảo ý kiến luật sư riêng của mình để xác định các quyền hợp pháp và biện pháp khắc phục dành cho bạn. Văn phòng Cố vấn Thành phố không đại diện cho người yêu cầu bồi thường. Văn phòng này là cố vấn pháp lý cho Hội đồng Thành phố.

Văn phòng chúng tôi sẽ cố gắng xem xét đơn yêu cầu bồi thường của bạn nhanh nhất có thể.

Trân trọng,

Chris Hall

Trợ lý Cố vấn Thành phố

CH:br

Tài liệu gửi kèm



Thành phố
OKLAHOMA

Số đơn đặt hàng _____
(chỉ dành cho Thành phố)

BIỂU MẪU YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

CHÚNG TÔI KHÔNG CHẤP NHẬN BIỂU MẪU YÊU CẦU BỒI THƯỜNG ĐƯỢC GỬI QUA FAX

Văn phòng Thư ký Thành phố – Yêu cầu bồi thường
200 North Walker, 2nd Floor
Oklahoma City, OK 73102

VUI LÒNG ĐÁNH MÁY HOẶC VIẾT HOA BẰNG MỰC.

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU: (**Mỗi người yêu cầu phải nộp một đơn riêng**)

Họ _____ Tên _____ Tên lót _____

Địa chỉ _____

Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã Zip _____

Điện thoại nhà riêng _____ Điện thoại ban ngày _____ Email _____

Ngày và giờ xảy ra thiệt hại _____ lúc _____ sáng/chiều
tháng ngày năm thời gian

Địa chỉ xảy ra thiệt hại _____

Nếu Người yêu cầu không phải là chủ sở hữu tài sản bị thiệt hại, hãy cung cấp tên, địa chỉ và số điện thoại ban ngày của chủ sở hữu.

NGƯỜI YÊU CẦU PHẢI CUNG CẤP MỌI TÀI LIỆU ĐỂ HỖ TRỢ YÊU CẦU BỒI THƯỜNG CỦA MÌNH. VIỆC KHÔNG CUNG CẤP ĐẦY ĐỦ THÔNG TIN VÀ/HOẶC TÀI LIỆU HỖ TRỢ CÓ THỂ TRỊ HOẢN VIỆC ĐIỀU TRA ĐƠN YÊU CẦU CỦA BẠN.

Mô tả ngắn gọn những gì đã xảy ra. Bao gồm tên của Phòng ban của Thành phố và/hoặc nhân viên có liên quan, cũng như mô tả đầy đủ về phương tiện hoặc tài sản của Thành phố được cho là có liên quan đến vụ việc. Cung cấp mọi bằng chứng chứng minh Thành phố hoặc nhân viên Thành phố phải chịu trách nhiệm. Nếu cần thêm chỗ, hãy gửi kèm các trang khác. **Bạn phải cung cấp ảnh chụp (các) thiệt hại để hỗ trợ cho yêu cầu bồi thường của mình.** Ngoài ra, nếu cáo buộc thiệt hại do ổ gà hoặc khiếm khuyết khác trên đường phố, bạn **PHẢI** cung cấp hình ảnh về ổ gà/khiếm khuyết bị cáo buộc. Chúng tôi không thể trả lại tài liệu, ảnh hay cung cấp bản sao cho bạn. Vui lòng giữ lại bản sao của mọi tài liệu bạn gửi.

THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM:

Bạn hiện có đang nhận Medicare không? ☐ Có ☐ Không. Nếu có, hãy liệt kê thông tin về bảo hiểm Medicare/Medicaid trên trang 2

Bạn đã nộp đơn yêu cầu bồi thường cho công ty bảo hiểm của mình về những thiệt hại này chưa? ☐ Có ☐ Không. Nếu có, hãy gửi bản sao đơn yêu cầu bồi thường của bạn.

Bạn đã hoặc dự kiến được công ty bảo hiểm bồi thường cho những thiệt hại của mình không? ☐ Có ☐ Không.

Số tiền bồi thường từ công ty bảo hiểm của bạn đã hoặc sẽ là bao nhiêu? \$ _____

Liệt kê tên công ty bảo hiểm của bạn, số hợp đồng bảo hiểm cũng như tên, địa chỉ và số điện thoại của đại lý.

(NEU CAN THEM CHO DE MO TA THIET HAI, HAY GUI (CAC) TRANG BO SUNG KEM THEO BIEU MAU NAY)

THIET HAI TAI SAN CA NHAN (khong phai phuong tien):

Liệt kê những mục bị hư hỏng. Liệt kê từng mục bị hư hỏng, tuổi của mục và giá gốc. Đồng thời liệt kê chi phí sửa chữa hoặc thay thế các mục. Nếu nhà của bạn bị hư hại, hãy gửi kèm bản sao chứng thư. Gửi kèm biên lai hoặc bản dự toán để xác minh số tiền yêu cầu bồi thường và ảnh chụp tài sản bị thiệt hại.

	Số tiền yêu cầu bồi thường
1.	\$
2.	\$
3.	\$
4.	\$
TỔNG SỐ TIỀN YÊU CẦU BÒI THƯỜNG \$	

THƯƠNG TÍCH CÁ NHÂN:

Liệt kê các thương tích trên cơ thể, chi phí điều trị y tế cho đến nay và chi phí y tế dự kiến. Cung cấp tài liệu chứng minh mọi thiệt hại được yêu cầu bồi thường. Lúc xảy ra thương tích, bạn có đang làm việc không? ☐ Có ☐ Không. Nếu có, tên người sử dụng lao động của bạn là gì?

	Số tiền yêu cầu bồi thường
1.	\$
2.	\$
3.	\$
TỔNG SỐ TIỀN YÊU CẦU BÒI THƯỜNG \$	

Có bất kỳ hóa đơn y tế nào đã được thanh toán hoặc sẽ được Medicare/Medicaid thanh toán không? ☐ Có ☐ Không. Nếu có, hãy liệt kê số Medicare/Medicaid.

Số Medicare/Medicaid _____

SSN# _____ Ngày sinh _____ Giới tính _____

Nếu Thành phố chịu trách nhiệm thanh toán cho những hóa đơn đó, Thành phố phải báo cáo mọi khoản thanh toán cho Medicare/Medicaid.

Tôi hiểu rằng thông tin được yêu cầu là để hỗ trợ việc sắp xếp thông tin bảo hiểm yêu cầu nhằm điều phối chính xác các quyền lợi với Medicare/Medicaid và để đáp ứng nghĩa vụ báo cáo bắt buộc theo Đạo luật Người thanh toán Thứ cấp của Medicare 42 USC§1395y

Tên người thụ hưởng Medicare/Medicaid (vui lòng viết hoa) _____ Chữ ký của người thụ hưởng Medicare/Medicaid _____

THIET HAI VỀ XE: (Cần có bản sao giấy chứng nhận quyền sở hữu xe, cả mặt trước và mặt sau)

Liệt kê thiệt hại về xe. **PHẢI NỘP HÓA ĐƠN SỬA CHỮA THỰC TẾ HOẶC ÍT NHẤT HAI BẢN DỰ TOÁN CHI PHÍ CHO MỌI CÔNG VIỆC SỬA CHỮA.** Liệt kê những thiệt hại khác được yêu cầu bồi thường (lốp xe, xe bị hư hỏng, tiền thuê xe, kho bãi, v.v.) Liệt kê từng mục bị hư hỏng, tuổi của mục và giá gốc. Gửi kèm biên lai hoặc bản dự toán để xác minh số tiền yêu cầu bồi thường và cung cấp ảnh chụp thiệt hại về xe.

	Số tiền yêu cầu bồi thường
1.	\$
2.	\$
3.	\$
4.	\$
TỔNG SỐ TIỀN YÊU CẦU BÒI THƯỜNG \$	

Người yêu cầu phải ký vào biểu mẫu

Thông tin khai ở trên là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi xin tuyên bố thêm rằng tôi chưa thanh toán, tặng hoặc quyền góp hay đồng ý thanh toán, tặng hoặc quyền góp, trực tiếp hoặc gián tiếp, tiền hoặc bất kỳ thứ gì có giá trị cho bất kỳ quan chức, viên chức hoặc nhân viên được bầu nào của Thành phố Oklahoma để được thanh toán.

Chữ ký của người yêu cầu _____ Ngày _____