RECLAMO CONTRA EL CONDADO DE SANTA CRUZ

(Segun Seccion 910 y Seguido de Codigo de Gobernacion)

A: BOARD OF SUPERVISORS
COUNTY OF SANTA CRUZ
ATTN: Clerk of the Board
701 Ocean Street, Santa Cruz, CA 95060

1. Nombre de demandante:

   Direccion de demandante:

   Numero de telefono de demandante:

   Caja postal donde se pueden mandar las noticias:

2. Incidente:

   Fecha: Lugar:

3. Circunstancias del incidente o transaccion que resulto de este reclamo:

4. Descripcion general tocante sus deudas, obligaciones, lastimaduras, danos o perdidas que ha sufrido hasta la fecha:

5. Nombre(s) de empleado(s) publico(s) quien han causado lastimaduras, danos, o perdida si son reconocidas por el demandante:

6. Cantidad reclamada a hasta la fecha ……...…….$

   Estimacion de perdida futura (si sabe) ……$

   TOTAL ……...$

7. Razones de tales calculaciones:

8. Indique la corte de jurisdiccion, si el reclamo es mas de $10,000:

   Corte Municipal Corte Superior

FIRMA DE DEMANDANTE: _____

Nota Especial: Este reclamo tiene que ser presentada a: Clerk, Board of Supervisors, #500, 701 Ocean Street, Santa Cruz, antes de seis meses depues del acto que ha causado la perdida

Nota: Esta reclamacion y todos los accesorios se convierten en historiales publicos y son escaneados a la red mundial (Internet).

Prequntas sobre el Americans with Disabilities Act (Acta Americana de Incapacidades) o si necesita acomodaciones llame a la Coordinadora al # 454-2962 (TDD: 454-2123).

PER5003S

PRINT