

**PRESENTE SU RECLAMACIÓN**  
**CON:** City Clerk – City of Lodi  
221 West Pine Street  
(209) 333-6702

**O ENVIE POR CORREO A:**  
PO Box 3006  
Lodi, CA 95241-1910

**RECLAMACIÓN POR DINERO O  
DAÑOS CONTRA LA  
CIUDAD DE LODI, CALIFORNIA**



Reservado Para El Sello De Presentación

No. De Reclamación:  
\_\_\_\_\_

**Adjunte presupuestos, recibos, fotografías, esquemas o declaraciones de testigos para apoyar su reclamo. Si necesita más espacio, adjunte paginas suplementarias –identifique claramente la(s) sección(es) que esta(n) siendo contestada(s).**

Códigos Gubernamentales requieren que los reclamos sean presentados por el peticionario o por el representante del peticionario e incluya lo siguiente:

**Sección 1. Información del Peticionario:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio de Correspondencia: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Zona Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (     ) \_\_\_\_\_

**Sección 2. Información del Representante (Debe de rellenarse si el reclamo es presentado por el abogado del peticionario)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Marque la casilla si es igual que arriba

Domicilio de Correspondencia: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Zona Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (     ) \_\_\_\_\_

**Sección 3. Información sobre la reclamación:**

Fecha del Suceso: \_\_\_\_\_

Hora del Suceso: \_\_\_\_\_

am/pm

Ubicación: \_\_\_\_\_

Circunstancias dando origen a este reclamo y por qué cree usted que la Ciudad de Lodi es responsable: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Descripción general de la deuda, obligación, lesión, daño o pérdida sufrida en la medida en que se conoce en el momento de la presentación de la reclamación.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del departamento o empleado municipal, causante de la lesión, daño o pérdida, si se conoce.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La cantidad reclamada en la fecha de la presentación del reclamo debe incluir la cantidad calculada de cualquier lesión, daño o perdida anticipada, en la medida en que se conoce en el momento de la presentación del reclamo, junto con el punto base del cómputo de la cantidad reclamada..

**Punto base para el cómputo de reclamación:** \_\_\_\_\_

Cantidad Reclamada: \$ \_\_\_\_\_

**Si la cantidad reclamada excede \$10,000:** Si la cantidad reclamada pasa de diez mil dólares (\$10,000), no debe de incluirse ninguna cifra en el reclamo. Sin embargo, debe de indicar si el reclamo sería una causa civil limitada. Una causa civil limitada es una en la cual la recuperación buscada, exclusivo de honorarios de abogado, interés y costas judiciales no exceda \$25,000. Una causa civil ilimitada es una en la cual la

recuperación buscada es más de \$25,000 (CCP §86.)

Causa Civil Limitada

Causa Civil Ilimitada

**Sección 4. Información Adicional:**

*Se requiere que otorgue la información solicitada en la página anterior para poder cumplir con el Código Gubernamental de California; sin embargo, para ayudar con la investigación de la Ciudad, por favor conteste las preguntas a continuación:*

Si la reclamación implica a un menor de edad, proporcione la fecha de nacimiento del menor.

Nombre, domicilio y número de teléfono de cualquier testigo del acontecimiento o de la transacción por el cual se dio motivo a esta reclamación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si la reclamación incluye tratamiento médico a una lesión reclamada, por favor proporcione el nombre, domicilio y número telefónico de doctores u hospitales que hayan proporcionado la atención médica.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Si procede, por favor adjunte facturas médicas o informes o documentos similares que apoyen su reclamación.*  
**¿Esta relacionado este reclamo con un accidente de auto?  No (firme abajo)  Si (rellene esta sección y Firme a continuación)**

Compañía de Seguro Automovilístico del Peticionario:	Número de Licencia del Peticionario: _____
Domicilio de Correspondencia:	Caducidad de Licencia: _____
Ciudad/Estado/Zona Postal:	Año/Marca/Modelo del vehículo: _____
Teléfono: (    )	No.de Placas: _____
Corredor/Agente de Seguros:	No. de Póliza de Seguro: _____
Domicilio de Correspondencia:	
Ciudad/Estado/Zona Postal	
Teléfono: (    )	

**Sección 5. Ley de Extensión S-CHIP, Medicare y Medicaid**

La Sección 111 de la Ley de Extensión S-CHIP, Medicare y Medicaid requiere que la Ciudad de Lodi le reporte al gobierno federal ciertos reclamos. Por favor indique si el peticionario tiene 65 años de edad o más mayor, o si recibió Beneficios de Discapacidad del Seguro Social por 24 meses o más, o si tiene una Enfermedad Renal en Fase Final. Si la respuesta es si, se le puede requerir que proporcione información adicional para procesar su reclamo. Por favor circule uno: **SI NO**

**Sección 6. Aviso y Firma**

Aviso: El entablar una reclamación falsa es un delito mayor (Código Penal §72). Cada persona quien, con intento de defraudar, presenta cualquier reclamación falsa o fraudulenta es castigable con encarcelamiento en la cárcel del condado por un periodo de no más de un año, con una multa de no más de mil dólares (\$1,000) o ambos; encarcelamiento y multa, o con encarcelamiento en la prisión estatal, o con multa que no exceda diez mil dólares (\$10,000), o ambos; encarcelamiento y multa. Conforme al Código de Proceso §1038.

**Los reclamos sin firma o incompletos serán devueltos como insuficientes, y como resultado, la Ciudad no tomara ninguna acción. Por favor tome nota que este formulario de Reclamación y cualquier documento adherido, son expedientes accesibles al público y son sujetos a divulgación bajo la Ley de Archivos Públicos de California.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Peticionario (Letra de Molde)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Peticionario**

\_\_\_\_\_  
**Fecha que presento la Reclamación**