



Post Office Box 878
Ephrata, Washington 98823
(509) 766-2505 www.grantpud.org

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR DAÑOS Y PERJUICIOS

Si la presentación de la reclamación está incompleta, Grant PUD podrá solicitar información adicional necesaria para completar la revisión y evaluación de la misma.

PRESENTE EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR DAÑOS Y PERJUICIOS Y LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO A:

Enviar por correo electrónico:

RiskDepartment@gcpud.org

Envíe la reclamación original por correo a:

Departamento de Riesgos
Grant PUD
P.O. Box 878
Ephrata, WA 98823

Entregue la reclamación original a:

Departamento de Riesgos
Grant PUD
30 C Street SW Ephrata, WA 98823

Horario de oficina: de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m. La oficina permanece cerrada los fines de semana y los días festivos oficiales

Se considerará presentada una reclamación cuando el formulario de reclamación se entregue personalmente al agente designado de Grant PUD, o sea recibido por dicho agente, ya sea por correo electrónico, correo ordinario, correo certificado o correo certificado con acuse de recibo.

REQUISITOS LEGALES PARA LA PRESENTACIÓN DE FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN POR DAÑOS Y PERJUICIOS:

Para verificar la reclamación y la información de respaldo, la ley exige que el formulario de reclamación por daños sea firmado por:

- El reclamante, o su padre o tutor legal si el reclamante es menor de 18 años; o
- Persona que posea un poder notarial por escrito del reclamante; o
- Abogado admitido para ejercer en el estado de Washington en nombre del demandante; o
- Tutor aprobado por el tribunal o tutor ad litem en representación del reclamante.

De conformidad con el RCW 4.96, todas las reclamaciones por daños y perjuicios contra Grant PUD deben presentarse utilizando el Formulario de Reclamación por Daños y Perjuicios. La información presentada puede estar sujeta a divulgación conforme a la Ley de Registros Públicos del estado de Washington, Capítulo 42.56 RCW, según las exenciones aplicables.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL:

Escriba a máquina o con letra clara y tinta, y firme el formulario de reclamación por daños y perjuicios.

Proporcione toda la información solicitada y cualquier documentación disponible que respalde su reclamación, incluyendo, entre otros: historiales médicos o facturas por lesiones personales, fotografías, pruebas de propiedad en caso de daños materiales, recibos que acrediten el valor de los bienes u otras pruebas pertinentes.

Si necesita espacio adicional para responder a alguna pregunta, adjunte hojas por separado e indique claramente el número de la sección correspondiente.

Si está presentando una reclamación por lesiones personales, firme el FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA.



Post Office Box 878 Ephrata,
Washington 98823
(509) 766-2505 www.grantpud.org

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR DAÑOS Y PERJUICIOS

Solo para uso de Grant PUD

De conformidad con el Capítulo 4.96 del RCW, las reclamaciones por responsabilidad civil contra Grant PUD pueden presentarse utilizando este Formulario de Reclamación por Responsabilidad Civil o el Formulario Estándar de Reclamación por Responsabilidad Civil que mantiene la Oficina de Gestión de Riesgos del Departamento de Servicios Empresariales. La información presentada puede estar sujeta a divulgación conforme a la Ley de Registros Públicos de Washington, Capítulo 42.56 del RCW, sin perjuicio de las exenciones aplicables. **Se debe presentar un Formulario de Reclamación por Responsabilidad Civil por separado para cada reclamante.**

ENVÍE LAS RECLAMACIONES COMPLETADAS A:

Correo electrónico:
RiskDepartment@gcpud.org

Dirección de correo:
Risk Department
Grant PUD
P.O. Box 878
Ephrata, WA 98823

Dirección de entrega física:
Risk Department
Grant PUD
30 C St. SW
Ephrata, WA 98823

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

1. Nombre legal completo del reclamante (*Apellido, Nombre, Segundo nombre*)

2. Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*)

3. Dirección de residencia actual:

4. Dirección postal (si es diferente):

5. Número de cuenta y/o número de medidor afectado (si corresponde):

6. Número de teléfono diurno del reclamante:

(Casa) _____ (Trabajo o móvil) _____

7. Dirección de correo electrónico del reclamante:

INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE

8. Fecha del incidente:

Hora del incidente:

_____ a.m. ☐ p.m. ☐ (*marque uno*)

9. Si el incidente ocurrió a lo largo de un período de tiempo, fecha de la primera y la última ocurrencia:

De: _____, Hora: _____ a.m. ☐ p.m. ☐ A: _____ Hora: _____ a.m. ☐ p.m. ☐
(*mm/dd/aaaa*) (*mm/dd/aaaa*)

10. Ubicación del incidente:

Condado;

Ciudad;

Ubicación específica del suceso

11. Si el incidente ocurrió en una calle, carretera, servidumbre de paso o derecho de vía::

Nombre de la calle:

Dirección postal o punto kilométrico más cercano:

Intersección más cercana:

INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE (continuación)

12. Nombres, direcciones y números de teléfono de todas las personas involucradas en este incidente o que fueron testigos del mismo:

13. Describa cómo Grant PUD causó sus lesiones o daños (si no fueron causados por Grant PUD, debe presentar su reclamación ante la entidad correspondiente):

14. Lista de daños:

Adjunte presupuestos, facturas, recibos, fotografías y otra documentación justificativa.

Artículo	Fecha de Compra	Precio de Compra	Costo de reparación		¿Se estaba utilizando protección contra sobretensiones?
			Estimado ☐	Real ☐	
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐

15. ¿Se ha notificado este incidente a las autoridades policiales o al personal de seguridad? En caso afirmativo, ¿cuándo y a quién?

16. (Complete esta sección solo si reclama por lesiones personales) Nombre, dirección, número de teléfono y tipo de tratamiento del proveedor. Adjunte copias de todos los informes médicos y las facturas.

17. ¿Ha notificado esta pérdida a una compañía de seguros? En caso afirmativo, indique la compañía aseguradora, el número de siniestro y el nombre y número de teléfono del ajustador:

18. Suma de los daños reclamados a Grant PUD: \$ _____

¿Está representado por un abogado? ☐ No ☐ Si En caso afirmativo, nombre del abogado, bufete, dirección y número de teléfono:

FIRMA DEL RECLAMANTE

Este formulario de reclamación debe ser firmado por el reclamante; por el padre, madre o tutor legal del reclamante si este es menor de 18 años; por una persona que posea un poder notarial válido por escrito en nombre del reclamante; por un abogado autorizado para ejercer en el estado de Washington que actúe en nombre del reclamante; o por un tutor o *guardian ad litem* designado por el tribunal que actúe en nombre del reclamante. Si quien firma no es el reclamante, se debe adjuntar una prueba escrita de dicha autorización.

Declaro, bajo pena de perjurio y de conformidad con las leyes del estado de Washington, que la información anterior es veraz.

Firma fecha

Fecha

Nombre en letra de imprenta y relación con el reclamante (si corresponde)



Post Office Box 878
Ephrata, Washington 98823
(509) 766-2505 www.grantpud.org

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE/PACIENTE

1. Nombre del reclamante/paciente (*Apellido, Nombre, Segundo nombre*): Fecha de nacimiento (*MM/DD/AAAA*):

Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, farmacia, consejero, psicólogo, psiquiatra, terapeuta, proveedor de atención médica, centro de atención médica, plan de salud, agencia gubernamental, aseguradora, empleador u otra entidad que posea información sobre mi atención médica a divulgar dicha información a: Public Utility District No. 2 of Grant County, Washington ("Grant PUD"), así como a sus abogados, aseguradoras, administradores de reclamaciones, investigadores, consultores y representantes autorizados.

Esta autorización se otorga exclusivamente con el fin de investigar, evaluar, administrar, defender, resolver o tramitar de cualquier otro modo mi reclamación por daños y perjuicios contra Grant PUD.

- ☐ A menos que se limite a continuación, esta autorización incluye:
- ☐ Registros médicos
 - ☐ Historial médico
 - ☐ Registros de la sala de emergencias
 - ☐ Registros hospitalarios
 - ☐ Registros del médico
 - ☐ Registros de atención de urgencia
 - ☐ Registros de diagnóstico por imagen y radiología
 - ☐ Informes de laboratorio y patología
 - ☐ Registros de recetas y medicamentos
 - ☐ Registros de rehabilitación y terapia
 - ☐ Registros de tratamiento de salud mental
 - ☐ Registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, en la medida en que lo permita la legislación aplicable
 - ☐ Registros de facturación relacionados con el diagnóstico y tratamiento
 - ☐ Otro: _____

RECONOCIMIENTO

Entiendo que mi información de salud está protegida por leyes federales y estatales, incluidas la HIPAA y las disposiciones

aplicables del Capítulo 70.02 RCW.

Entiendo que la información divulgada en virtud de esta Autorización podría dejar de estar protegida por la HIPAA tras su divulgación y podría estar sujeta a una nueva divulgación según lo permita la ley.

Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a Grant PUD. Dicha revocación no afectará las divulgaciones realizadas antes de que Grant PUD reciba la revocación.

Entiendo que firmar esta Autorización es voluntario; sin embargo, no proporcionar información relevante para mi reclamación podría afectar la capacidad de Grant PUD para investigar o evaluar dicha reclamación.

Entiendo que una fotocopia, copia escaneada, copia electrónica o copia por fax de esta Autorización se considerará tan válida como el original.

Entiendo que, a menos que se revoque antes, esta Autorización vencerá en la fecha que ocurra más tarde entre: un (1) año a partir de la fecha de la firma que aparece a continuación o la fecha en que mi reclamación por responsabilidad civil quede totalmente resuelta, cerrada, acordada, retirada o concluida de otro modo.

FIRMA DEL RECLAMANTE

Declaro, bajo pena de perjurio y conforme a las leyes del estado de Washington, que la información proporcionada en este formulario de reclamación por daños y perjuicios, así como en todos los documentos adjuntos, es veraz y correcta a mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta y relación con el reclamante (si corresponde)



FORMULARIO DE ACCIDENTE DEL VEHÍCULO

POR FAVOR, ESCRIBA A MÁQUINA O IMPRIMA CON TINTA

Este formulario debe completarse y adjuntarse a su formulario de reclamación por daños y perjuicios si la reclamación implica una colisión de vehículos.

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE Y DEL INCIDENTE	NOMBRE DEL RECLAMANTE (Se debe completar un formulario separado para cada reclamante)				FECHA DEL ACCIDENTE (mm/dd/aaaa)		HORA		AM	PM		
									☐	☐		
	DIRECCIÓN ACTUAL (DE RESIDENCIA)				CIUDAD	ESTADO	CP	TELÉFONO CASA TRABAJO				
	(RESIDENCIA) DIRECCIÓN DE LA CALLE DURANTE LOS 6 MESES ANTERIORES AL ACCIDENTE				CIUDAD	ESTADO	CP	EMAIL				
INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO (VEHÍCULO #1)	ESTADO/CONDADO/CIUDAD (SI CORRESPONDE) DONDE OCURRIÓ		CALLE O CARRETERA		HITO KILOMÉTRICO N.º		INTERSECCIÓN O CALLE MÁS CERCANA					
	AÑO	MARCA	MODELO	N.º DE MATRÍCULA		¿DÓNDE SE PUEDE VER EL COCHE?		¿CUÁNDO?				
	NOMBRE DEL DUEÑO DEL VEHÍCULO		DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO DE CASA Y TRABAJO					
	NOMBRE DEL CONDUCTOR		DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO DE CASA Y TRABAJO					
	N.º DE LICENCIA DE MANEJO		ESTADO DE EMISIÓN				FECHA DE EXPIRACIÓN					
	DESCRIBA LOS DAÑOS		ESTIMADO \$		SU COMPAÑÍA DE SEGUROS Y NUMERO DE PÓLIZA							
OTRA INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO (VEHÍCULO N.º 2)	AÑO	MARCA	MODELO	N.º DE MATRÍCULA		DIVISIÓN DE LA CIUDAD, SI SE CONOCE						
	NOMBRE DEL CONDUCTOR		DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO					
	NOMBRE DEL CONDUCTOR		DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO					
	DESCRIBA LOS DAÑOS		ESTIMADO \$									
OTROS DAÑOS (QUE NO SON DEL VEHÍCULO)	¿RESULTARON DAÑADOS OTROS BIENES (QUE NO SEAN VEHÍCULOS)? EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA QUÉ TIPO DE BIENES RESULTARON DAÑADOS.											
	NOMBRE DEL DUEÑO		DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO					
	DESCRIBA LOS DAÑOS		ESTIMADO \$									
PERSONAS LESIONADAS (número de personas en el vehículo, si se conoce)	NOMBRE	DIRECCIÓN		TELÉFONO		LESIONES	EDAD	VEH 1	VEH 2	VEH 3	PED	OTH
				CASA TRABAJO								
				CASA TRABAJO								
				CASA TRABAJO								
				CASA TRABAJO								
				CASA TRABAJO								
TESTIGOS	NOMBRE (ADJUNTE HOJAS ADICIONALES SI ES NECESARIO)		DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO					
							CASA TRABAJO					
							CASA TRABAJO					
							CASA TRABAJO					

COMPLETE TODOS LOS DATOS

Describa la conducta y las circunstancias que causaron las lesiones o los daños, y explique el alcance de las lesiones médicas, físicas o mentales. Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono de los médicos tratantes y de otros proveedores de servicios médicos. Adjunte los presupuestos de reparación de daños materiales y/o todas las facturas médicas que respalden su reclamación. Si es necesario, adjunte hojas adicionales con información presentada en este mismo formato.

☐ Camino recto ☐ Curva – D o I ☐ Nivel	☐ Cima ☐ Subida ☐ Bajada	☐ Un carril ☐ Carril y medio ☐ Dos carriles o cuatro	
Indique en el diagrama la posición de cada automóvil, vehículo o persona lesionada, señalando la dirección de cada uno mediante una flecha.			
Acera	Centro de la calle		Acera
IMPORTANTE Si la calle o la vista estaban obstruidas de alguna manera, indique dónde y cómo; también indique cualquier tranvía, rieles, señales de tráfico o avisos.			
Indique los puntos cardinales N. E. S. O.			

Marcar las Áreas Dañadas

CONDICIONES DE ILUMINACIÓN (MARQUE UNA)	CONTROL DE TRÁFICO	TIPO DE CARRETERA (MARQUE UNA O MÁS)	CONDICIÓN DEL VEHÍCULO (MARQUE UNA O MÁS)	ROAD SURFACE (MARQUE UNA OPCIÓN)	TIEMPO (MARQUE UNA OPCIÓN)
1 ☐ LUZ DE DÍA	VEHÍCULO NO. 1 ☐ 1 ☐ SEÑALES	VEHÍCULO NO. 1 ☐ 1 ☐ UN SENTIDO	VEHÍCULO NO. 1 ☐ 1 ☐ FRENOS C/ DEFECTO	VEHÍCULO NO. 1 ☐ 1 ☐ SECO	1 ☐ DESPEJADO, PARCIALMENTE NUBLADO Y NUBLADO
2 ☐ AMANECER	2 ☐ 2 ☐ SEÑAL ALTO	2 ☐ 2 ☐ DOBLE SENTIDO	2 ☐ 2 ☐ FAROS C/ DEFECTO	2 ☐ 2 ☐ MOJADO	2 ☐ LLOVIENDO
3 ☐ ANOCHECER	3 ☐ 3 ☐ ROJO INTERMITENTE	3 ☐ 3 ☐ REVERSIBLE VÍA	3 ☐ 3 ☐ LUCES TRASERAS C/ DEFECTO	3 ☐ 3 ☐ NIEVE	3 ☐ NEVANDO
4 ☐ CALLE OSCURA LUCES PRENDIDAS	4 ☐ 4 ☐ ÁMBAR INTERMITENTE	4 ☐ 4 ☐ RAMPA DE ENLACE DEL INTERCAMBIADOR	4 ☐ 4 ☐ NEUMÁTICOS C/ DESGASTE	4 ☐ 4 ☐ HIELO	4 ☐ NIEBLA
5 ☐ CALLE OSCURA LUCES APAGADAS	5 ☐ 5 ☐ SEÑAL FERROVIARIA	5 ☐ 5 ☐ CALLEJÓN	5 ☐ 5 ☐ VEHÍCULOS REVENTADOS	5 ☐ 5 ☐ OTRO (ESPECIFIQUE)	5 ☐ OTRO (ESPECIFIQUE)
6 ☐ OSCURA SIN LUCES	6 ☐ 6 ☐ OFICIAL / ABANDERADO	6 ☐ 6 ☐ CARRILES DE GIRO A LA IZQUIERDA EN AMBOS SENTIDOS	6 ☐ 6 ☐ OTRO (ESPECIFIQUE)		
☐ OTRO (ESPECIFIQUE)	7 ☐ 7 ☐ SEÑAL CEDA EL PASO	1 ☐ 1 ☐ SEPARADO		NOMBRE DEL CUERPO POLICIAL INVESTIGADOR:	
	8 ☐ 8 ☐ SIN CONTROL DE TRÁFICO	2 ☐ 2 ☐ DIVIDO		INFORME DE LA AGENCIA INVESTIGADORA N.º	
	9 ☐ 9 ☐ OTRO	3 ☐ 3 ☐ INTEGRO			

Se debe presentar un formulario de reclamación separado para cada reclamante.

Esta información se proporciona para ayudar a resolver una reclamación.

Declaro, bajo pena de perjurio y conforme a las leyes del Estado de Washington, que lo anterior es veraz y correcto.

Firma del reclamante

Fecha y lugar (dirección residencial, ciudad y condado)