



Estimado Reclamante:

Este es un formulario el cual, si usted decide presentar un reclamo, debe completarse detalladamente en su totalidad y regresarse a nuestra oficina antes de que se pueda presentar a la Junta Directiva de Santa Cruz Metropolitan Transit District (METRO) para su consideración.

Debemos informarle que METRO investiga cada reclamo plenamente. Si se determina que ni el Operador del Autobús ni METRO causaron o contribuyeron al incidente que resulto en sus lesiones personales y/o daños y perjuicios a su propiedad, su reclamo será enviado a la Junta Directiva con la recomendación de que tal reclamo sea rechazado.

En cumplimiento del Código de Gobierno Sección 911.2, una reclamación debe ser presentada con METRO dentro de los seis meses del incidente. Por favor, use papel adicional si es necesario.

Reclamaciones completas deben enviarse por correo o entregadas en mano (no se aceptarán faxes) a:

**Santa Cruz Metropolitan Transit District
Attn: Secretary to the Board of Directors
110 Vernon Street
Santa Cruz, CA 95060**

Tenga en cuenta que si el daño a la propiedad es de \$500.00 a \$5,000.00, un mínimo de dos presupuestos de reparación se requerirán. Si es aplicable, también proporcione una copia del registro actual del vehículo u otro comprobante de propiedad del vehículo. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en ponerse en contacto con METRO al 426-6080, ext. 1603.

ADVERTENCIA: Es un delito presentar una reclamación falsa (Código Penal Sección 72).



Santa Cruz Metropolitan Transit District

110 Vernon Street
Santa Cruz, CA 95060

Reclamación Por Daños y Perjuicios

(En cumplimiento del Código de Gobierno Sección 911.2)

Reclamo # _____
(Para ser completado por el personal de METRO)

Por Favor En Letra de Imprenta o a Máquina:

Nombre y Dirección / Caja Postal del Reclamante:

Nombre Legal del Reclamante: _____

Apellido Legal del Reclamante: _____

Dirección a donde enviar notificaciones: _____

Teléfono (Casa): _____

Teléfono (Trabajo/Celular): _____

Sección 111 de la Ley de Ampliación de Medicare, Medicaid y SCHIP de 2007 (MMSEA), una nueva ley federal que entró en efecto el 1 de enero 2009, exige que el Santa Cruz Metropolitan Transit District relate información específica acerca de los beneficiarios de Medicare que tienen cobertura de seguro. Esta información es para ayudar a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid y otros planes de seguros para coordinar adecuadamente los pagos de los beneficios entre los planes a fin de que (sus) reclamos se paguen con prontitud y correctamente. Nosotros pedimos que responda las siguientes preguntas para que podamos cumplir con esta ley.

¿Esta usted actualmente o ha estado alguna vez, inscrito en Medicare Parte A o B? Si o No

Si su respuesta es SI, por favor complete el siguiente formulario:

Número de Reclamo de Medicare: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Género: H o M



Nombre del Reclamante: _____

Reclamación Por Daños y Perjuicios

La fecha, lugar, y otras circunstancias de la ocurrencia o transacción de donde proviene el reclamo:

Fecha del Incidente/Accidente: _____

Hora del Incidente/Accidente: _____ AM PM

Sitio del Incidente/Accidente

Calle/Ciudad: _____

Una descripción general de deudas, obligaciones, lesiones, danos, o pérdidas, si se sabe al tiempo de la presentación del reclamo. Por favor indique cuáles son los hechos que rodearon la pérdida y use papel adicional si es necesario.



Nombre del Reclamante: _____

Reclamación Por Daños y Perjuicios

El nombre o nombres de empleados del METRO que causaron lesiones, danos, o pérdidas, si se sabe:

Si el reclamo total es menos de \$10,000, la cantidad reclamada a partir de la fecha de la presentación del reclamo: _____

Si la cantidad es en exceso de \$10,000, este reclamo sería: Menos de \$25,000 (Caso Civil Limitado) Más de \$25,000

Reclamante: _____
Firma / Nombre en Imprenta

Fecha: _____

Abogado o Representante: _____
Firma / Nombre en Imprenta

Fecha: _____