



City of Coolidge

Aviso de Demanda

130 W. Central Avenue, Coolidge, AZ 85228, (520) 723-5361, Fax # (520) 723-7910

Solicitud de Indemnizacion contra la ciudad/el pueblo de _____

El firmanate somete la informacion sugiente y hace demanda contra la ciudad/el pueblo de _____ y/o empleado _____ a lo siguiente:

1. INFORMACION DEL DEMANDANTE

Nombre del Demandante: _____

Domicilio: _____

Numero de telefono (casa) _____ Trabajo _____

Fecha de nacimiento: _____

2. ACONTECIMIENTO DE DEMANDA

Fecha de acontecimineto _____ Hora _____

Donde ocurrio _____

Dar especificos del acontecimiento, suceso, acto o omission que usted determina que causo su lesion or deterioro (dano) _____



City of Coolidge

Aviso de Demanda

130 W. Central Avenue, Coolidge, AZ 85228, (520) 723-5361, Fax # (520) 723-7910

Describir como o porque usted cree que la ciudad/el pueblo o empleado estaba en falta _____

Si este era un accidente de vehiculo, en que carretera ocurrio el accidente

Matricula de su vehiculo _____

Ano _____ Marca _____ Modelo _____

Matricula del vehiculo de la ciudad/el pueblo _____

Nombre del conductor de la ciudad/el pueblo _____

Se hizo un informe policial? Si No No se

Distrito policial _____

3. DESCRIPCION DE DANO A PROPIEDAD O LESIONES PERSONALES

Describir la propiedad que era estropeada _____

Cantidad en dolares de deterioro de propiedad demandad \$ _____



City of Coolidge

Aviso de Demanda

130 W. Central Avenue, Coolidge, AZ 85228, (520) 723-5361, Fax # (520) 723-7910

Describir las lesiones personales demandadas _____

Cantidad en dolares de lesiones sufridas \$ _____

(Sujete recibos, cobros o otra documentacion en dolares que se cobra. Sujete informes medicos si es requerido).

TOTAL de Demanda \$ _____

4. TESTIGOS

Liste todos los testimonios, con sus nombres, numero de telefono y domicilio.

5. Hay algunos comentarios adicionales? _____

6. Firmando, usted comprueba la informacion presentada en esta demanda es verdadera a su mejor conocimiento y creencia.

Firma _____ Fecha _____

7. Aviso de Demanda Recibida por

Nombre _____ Fecha: _____ Hora: _____