



# 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: \_\_\_\_\_