

**ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ ПРЕТЕНЗИИ И ПОДТВЕРЖДАЮЩУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ СЛЕДУЕТ ПОДАТЬ В ОФИС КОНТРОЛЛЕРА, ОТДЕЛ ПРИЕМА ПРЕТЕНЗИЙ по адресу 1390 MARKET STREET, 7-Й ЭТАЖ, г. САН-ФРАНЦИСКО, шт. КАЛИФОРНИЯ 94102-5402.**

**ДОКУМЕНТАЦИЯ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ НЕ ПРИНИМАЕТСЯ.**

## **ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ПРЕТЕНЗИИ**

Не полностью заполненные разделы формы претензии могут привести к задержке обработки претензии, ее возврату или отклонению претензии.

- 1. Имя, адрес, телефон и адрес электронной почты предъявляющего претензию.** Укажите полное имя, почтовый адрес, номера телефона и адрес электронной почты лица, заявляющего о телесном повреждении, ущербе или потерях. Если вы являетесь страховщиком, подающим исковое заявление о суброгации, пожалуйста, укажите основного страхователя, а также страховщика.
- 2. Официальные уведомления и корреспонденция.** Укажите имя, почтовый адрес и номер телефона лица, на адрес которого следует отправлять все официальные уведомления и другую корреспонденцию, если это лицо не является заявителем. Официальным контактным лицом может быть заявитель или представитель заявителя. Если информация занесена в этот раздел, то все официальные уведомления и корреспонденция будут отправлены указанному в этом разделе лицу.
- 3. Дата рождения.** Укажите дату рождения заявителя: месяц, число и год.
- 4. Номер SSN (номер социального страхования).** Занесите номер SSN заявителя. Федеральные власти требуют от города информацию по урегулированию вопросов, связанных с расходами по медицине на сегодняшний день, так и в будущем. Эта информация конфиденциальна и будет передана только федеральным органам власти. Без этой информации город не сможет произвести выплату.
- 5. Дата инцидента.** Укажите точный месяц, день и год инцидента, послужившего основанием для предъявления данной претензии.
- 6. Время, когда произошел инцидент.** Укажите точное время инцидента, являющимся основанием для претензии, включая до полудня (AM) или после полудня (PM).
- 7. Место инцидента.** Укажите город и точный адрес или перекресток, где произошло данное происшествие.
- 8. Номера средства передвижения заявителя.** Укажите номера средства передвижения, которым управлял или пассажиром которого был заявитель.

**9. Обоснование претензии:** подробно изложите все факты, подтверждающие претензию, включая все факты и обстоятельства инцидента, все предполагаемые травмы, материальный ущерб и убытки всех вовлеченных лиц, организаций, имущества и городских департаментов, а также причины, по которым вы считаете, что городские власти несут ответственность за предполагаемую травму, материальный ущерб или утрату. В соответствующие поля формы занесите имя, идентификационный номер и городской отдел городского служащего/служащих предположительно причинивших травму или материальный ущерб, тип задействованного городского транспортного средства (если таковое имеется), а также номера и номер соответствующего городского транспортного средства (если таковые имеются). В случае аварии с автобусом или трамваем (light rail) просьба указать маршрутную линию и номер транспортного средства.

**10. Описание травмы, материального ущерба или утраты.** Предоставьте подробное описание травмы, материального ущерба или убытков, предположительно возникших в результате инцидента. Если речь идет о транспортном средстве заявителя, укажите марку средства передвижения, модель, пробег и год выпуска. Дополнительную информацию можно предоставить в виде приложения к форме.

**11. Сумма убытков и метод расчета.** Укажите общую сумму, которую вы требуете в качестве возмещения за понесенный ущерб. Предоставьте разбивку по каждому пункту понесенного ущерба и порядок расчета суммы. Сюда вы можете включить будущие и ожидаемые расходы или убытки. Пожалуйста, приложите к форме копии всех счетов, квитанций и смет на ремонт. Если претензия связана с ущербом имущества, предоставьте две сметы на проведение требуемого ремонта. Государственным кодексом предусматривается, что если претензия на сумму менее 10 000 долларов США, заявитель должен указать общую заявленную сумму и основу проведенного расчета. Если претензия превышает 10 000 долларов США, указывать сумму в долларах не требуется, но от заявителя требуется указать соответствующую юрисдикцию суда. Ограниченная гражданская юрисдикция распространяется на дела, связанные с возмещением ущерба на сумму менее 35 000 долларов США; неограниченная гражданская юрисдикция -- на дела, связанные с ущербом на сумму 35 000 долларов США и более.

**12. Свидетели.** Укажите имена, адреса и номера телефонов всех лиц, являющихся свидетелями инцидента. Дополнительный список имен можно приложить к заявке.

**13. Подпись заявителя или представителя заявителя.** Подпишите и поставьте дату. Печатными буквами занесите полное имя и укажите отношение/родство к заявителю. Претензия должна быть подписана самим заявителем или официальным представителем заявителя.

Претензии в связи со смертью или телесными повреждениями людей или повреждении личного имущества должны быть представлены в течение шести месяцев после инцидента, послужившего основанием для претензии. Все остальные претензии должны быть поданы в течение одного года после инцидента, на основании которого подается данная претензия.

Персональный прием претензий осуществляется в обычные рабочие часы, с понедельника по пятницу (за исключением окружных праздников). Если вы хотите, чтобы вам вернули копию претензии с меткой времени, когда она была подана, просьба предоставить оригинал и копию претензии, а также конверт с обратным адресом и почтовой маркой.

Для получения информации о статусе вашей претензии звоните по соответствующему нижеуказанному номеру:

WATER DEPARTMENT	554-3900	PORT OF SAN FRANCISCO	554-3900	PUC SEWER	554-3900
MUNICIPAL RAILWAY	554-3900	S.F. INTERNATIONAL AIRPORT	(650) 821-5073	DEPT. OF PUBLIC WORKS	554-3900
OTHER DEPARTMENTS	554-3900	CONTROLLER'S CLAIM DIVISION	554-3833	DEPT. OF BLDG. INSPECTION	554-3900

Нами не принимаются претензии к нижеуказанным агентствам:

- |   |  |                |
|---|--|----------------|
| 1. HOUSING AUTHORITY                        | 1815 Egbert Avenue, S.F., CA 94124           | (415) 715-3280 |
| 2. SAN FRANCISCO UNIFIED SCHOOL DISTRICT    | 555 Franklin Street, 2nd Fl, S.F., CA, 94102 | (415) 241-6000 |
| 3. SAN FRANCISCO COMMUNITY COLLEGE DISTRICT | 50 Frida Kahlo Way, S.F., CA 94112           | (415) 239-3556 |

*Просьба принять к сведению, что город и округ Сан-Франциско могут вычесть из указанной в претензии суммы любые из задолженностей по счетам, которые подлежат оплате, включая неоплаченные больничные счета, парковку и штрафы за нарушение правил дорожного движения, а также вычесть уже полученные от Системы социального обеспечения (welfare) выплаты по возмещению или переплату.*