



Estimado reclamante:

Para poder presentar un reclamo por daños contra Santa Clara Valley Transportation Authority, usted deberá llenar el formulario de reclamo adjunto de la manera más completa posible (en conformidad con la Sección 910 del Código gubernamental). Asegúrese de incluir su nombre, domicilio actual y número de teléfono en el espacio proporcionado. Si los daños son menores de \$10,000, incluya en qué se basa el cálculo de la cantidad reclamada.

Según lo dispone el Código gubernamental 910, el reclamo ha de presentarse ante Santa Clara Valley Transportation Authority dentro de un periodo de seis meses a partir del incidente. Use papel adicional si es necesario.

Los formularios de reclamo ya llenados deben enviarse por correo o entregarse en persona a (no se aceptarán faxes):

**Santa Clara Valley Transportation Authority  
Attention: Board Secretary's Office  
3331 N First Street Bldg B  
San Jose, CA 95134-1906**

Después de que su reclamo sea procesado, nuestro agente de reclamos se pondrá en contacto con usted para discutir su reclamo.

**Advertencia: Se considera como una ofensa criminal el presentar reclamos falsos (Código Penal, sección 72)**

Documento adjunto: La solicitud de Reclamo por Daños

CLAIM FOR DAMAGES (RECLAMO POR DAÑOS)

(Esto va en cumplimiento del Código gubernamental 910-910.2)

Por favor, escriba a máquina o con letra de molde:

El nombre y la dirección postal del reclamante:

Nombre legal del reclamante: \_\_\_\_\_

Apellido legal del reclamante: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Hogar) \_\_\_\_\_

Teléfono: (Negocio/Celular) \_\_\_\_\_

La dirección postal a la que el reclamante desea que se le envíen las notificaciones.

Dirección postal: \_\_\_\_\_

La Sección 111 de la Ley de Extensión de Medicare, Medicaid y SCHIP de 2007 (MMSEA, por sus siglas en inglés), una nueva ley federal que surtió efecto el 1 de enero de 2009, requiere que Santa Clara Valley Transportation Authority reporte información específica sobre los beneficiarios de Medicare que tengan otra cobertura médica. La finalidad de este informe es de asistir a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y a otros planes de seguros médicos, a coordinar adecuadamente entre los diversos planes los pagos por beneficios con el fin de que (sus) reclamos sean pagados de forma oportuna y correcta. Le pedimos que conteste las siguientes preguntas para que así podamos cumplir con esta ley.

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

**SI LA RESPUESTA ES SÍ**, favor de proporcionar la siguiente información:

Número de reclamo de

Medicare: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de seguro  
social: \_\_\_\_\_

Sexo:    M     o F

Nombre del reclamante: \_\_\_\_\_

## RECLAMO POR DAÑOS

La fecha, lugar y otras circunstancias del suceso o transacción que dio/dieron origen al reclamo presentado:

Fecha del incidente/accidente: \_\_\_\_\_

Hora del incidente/accidente: \_\_\_\_\_  AM  PM

Lugar del incidente/accidente  
Calle/Ciudad: \_\_\_\_\_

Una descripción general de la deuda, compromiso, lesión, daño o pérdida incurridos según los conozca en la fecha en la que se presente el reclamo. Favor de estipular los hechos que le son conocidos en relación a la pérdida y favor de utilizar papel adicional si es necesario.

Nombre del reclamante: \_\_\_\_\_

## RECLAMO POR DAÑOS

El/los nombre(s) del/de los empleado(s) de VTA causante(s) de la lesión, el daño o la pérdida, si lo(s) sabe.

Si el reclamo suma a una cantidad menor de \$10,000, escriba qué cantidad se reclama en la fecha en que se presenta el reclamo:

\_\_\_\_\_

Si la cantidad excede los \$10,000, este reclamo sería:

- Menos de \$25,000 (caso civil limitado)       Más de \$25,000

Reclamante: \_\_\_\_\_  
Firma/Nombre en letra de molde

Fecha: \_\_\_\_\_

Abogado o representante: \_\_\_\_\_  
Firma/Nombre en letra de molde

Fecha: \_\_\_\_\_

Imprimir  
formulario