 **Đơn báo Thiệt hại**

***Phần dành cho người có thẩm quyền***

**Thành phố/tổ chức** thành phố Lynnwood **Ngày nhận đơn từ đương đơn**

**Thông tin đương đơn**

**Tên đương đơn**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ngày sinh**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Địa chỉ cư ngụ**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Địa chỉ gửi thư (nếu khác):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Địa chỉ cư ngụ khi thiệt hại xảy ra (nếu khác với địa chỉ hiện tại)**

Số điện thoại đương đơn (cơ quan, nhà, hoặc di động Địa chỉ email của đương đơn:

**Thông tin vụ việc**

Ngày xảy ra vụ việc: Giờ: sáng/tối Nếu vụ việc xảy ra trong một khoảng thời gian, xin cung cấp thời điểm bắt đầu và kết thúc:

Từ: Đến:

Nơi xảy ra vụ việc:

Tên, địa chỉ, và số điện thoại của những người có liên quan hoặc nhân chứng của vụ việc:

**Tên của những nhân viên có biết đến vụ việc:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tên, địa chỉ, và số điện thoại của những người chưa được nhắc tên ở các mục trên nhưng có biết đến vụ việc hoặc có biết về những thiệt hại của đương đơn. Vui lòng cung cấp tóm tắt về các hiểu biết của những người có liên quan. Nếu cần có thể viết riêng ra tờ giấy khác.**

**Miêu tả nguyên nhân của thiệt hại hoặc thương tổn. Giải thích thêm về mức độ thiệt hại về vật chất, thể chất, y tế, hoặc tinh thần. Nếu cần có thể đính kèm giải thích ra tờ giấy khác.**

**Vụ việc này đã được báo cáo cho cơ quan hành pháp chưa? Nếu có, xin cung cấp thông tin cơ quan và tên công chức (nếu biết).**

**Bạn đã làm đơn khiếu nại đến công ty bảo hiểm chưa? Nếu có, xin vui lòng cung cấp tên, số điện thoại, và số hồ sơ.**

**Tên, địa chỉ, và số điện thoại của các bác sĩ điều trị. Vui lòng đính kèm các hoá đơn và hồ sơ nếu có.**

**Vui lòng cung cấp thêm tất cả các bằng chứng có liên quan để hỗ trợ thêm cho đơn khiếu nại**

\*Thông tin yêu cầu cho khiếu nại về xe cộ\*

Biển số xe # Năm sản xuất/Hãng xe/Hiệu xe  Tên, địa chỉ, số điện thoại người cầm lái

Tên, địa chỉ, số điện thoại chủ xe Tên, địa chỉ, số điện thoại hành khách trên xe

Tổng số tiền tổn thất

**Tôi cam kết dưới hình phạt tội khai man theo luật của tiểu bang Washington rằng những điều trên là đúng và có thật. Đơn này phải được ký xác nhận bởi đương đơn, người có thẩm quyền quyết định thay đương đơn, bởi luật sư có giấy phép hành nghề ở tiểu bang Washington thay mặt cho đương đơn, hoặc bởi người giám hộ hợp pháp thay mặt cho đương đơn.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chữ ký đương đơn **Ngày**