

LIABILITY CLAIM AGAINST THE GOLD COAST TRANSIT DISTRICT

For Damages to Persons and Personal Property
(Government Code Sections 905, 910, 910.2)

TO: General Manager
Gold Coast Transit District
1901 Auto Center Drive.
Oxnard, CA 93036-7966

GCTD Time/Date Stamp

Received by:(check)
U.S. Mail _____
In Person _____
Other _____

Said claim must be filed with the General Manager, Gold Coast Transit District, within 182 days after the accident, event or incident occurred. Make certain the claim is against the Gold Coast Transit District only and not another public entity. Completed forms must be mailed or delivered on time to the Gold Coast Transit District at the address indicated above. Where space is insufficient, use additional paper and identify information by paragraph number.

WARNING: It is a criminal offense to file a false claim (See: Penal Code #72 and Insurance Code #556.1). For other claims, consult the Government Code for filing times and complete the appropriate sections of this claim form.

TO GOLD COAST TRANSIT DISTRICT: The undersigned respectfully submits the following claim and information.

(A) The name and (or post office) address of the claimant:

(1) FULL NAME OF CLAIMANT: _____

(2) COMPLETED ADDRESS: _____
Street/Street & Apartment Number City/State/Zip

(3) OTHER ADDRESS: _____
(P.O. Box or alternate, if any)

(4) PHONE NUMBERS: _____
Home Work

(5) PARENT/GUARDIAN (of Minor): _____

(6) DRIVER'S LIC. NO.: _____

(B) The post office (or other) address to which the person presenting the claim desires to have notices be sent:

(7) ADDRESS/NOTICES: _____

(C) The date, place and other circumstances of the occurrence or transaction which gave rise to the claim asserted:

(8) DATE: _____ (11) TIME: _____

(9) PLACE: _____
(Exact Location)

Page Two

Claim Of: _____

Event Of: _____

(10) CIRCUMSTANCES:
(Specify the particular occurrence, event, act or omission you claim caused injury or damage)

(D) A general description of the indebtedness, obligation, injury, damage or loss incurred so far as it may be known at the time of the presentation of the claim:

(11) NATURE/DESCRIPTION OF INJURIES/DAMAGE: _____

(12) IF NO INJURIES, SO STATE: _____

(E) The name or names of the public employee or employees causing the injury, damage or loss if known:

(13) NAME(S): _____

(14) WHAT ACT/ACTION OF GCTD EMPLOYEES CAUSED THE INJURY/DAMAGE? _____

(F) Amount of Claim: As of the date of presentation of the claim, including the estimated amount of any prospective injury, damage or loss, insofar as it may be known at the time of presentation of the claim, together with the basis of the computation of the amount claimed:

(15) AMOUNT CLAIMED TO DATE: _____

(16) ESTIMATED FUTURE COSTS: _____

(17) BASIS OF COMPUTATION: _____

(18) AMOUNT OF TOTAL CLAIM: _____

(Including all known loss damages)

THE UNDERSIGNED STATES THAT HE OR SHE IS A PERSON MAKING THE ABOVE STATED CLAIM, OR IS A PERSON PRESENTING SAID CLAIM AND ACTING ON BEHALF OF THE CLAIMANT ABOVE NAMED, AND DECLARES UNDER PENALTY OF PERJURY THAT THE FOREGOING IS TRUE AND CORRECT IN SO FAR AS IS KNOWN AS OF THIS DATE.

EXECUTED AT _____

City

Signature of Claimant, or
Claimant's Representative

State

Address

ON (DATE) _____

Phone Number

() Bills, invoices or estimates () List of witnesses attached

RECLAMO DE RESPONSABILIDAD CONTRA GOLD COAST TRANSIT DISTRICT

Por daños personales y de bienes muebles
(Código de Gobierno Secciones 905, 910, 190.2)

ATENCIÓN: GERENTE GENERAL
GOLD COAST TRANSIT DISTRICT
1901 AUTO CENTER DRIVE
OXNARD, CALIFORNIA 93036-7966

Sello de hora/fecha GCTD

Recibido por: (indique)
Correo Nacional _____
Entrega personal _____
Otro _____

Tal reclamo debe entablarse ante el Gerente General de Gold Coast Transit District antes que transcurran 182 días después del accidente, evento o incidente ocurrido. Asegúrese que tal, reclamo es solamente en contra de Gold Coast Transit District y no otra entidad pública. El formulario ya completo deberá ser entregado a tiempo por correo o personalmente en la dirección antes mencionada. Si el espacio no le es suficiente para contestar las preguntas use otra hoja, pero asegúrese de indicar a que párrafo corresponde la información.

ADVERTENCIA: Es una ofensa criminal entablar un reclamo en falso (vea el Código Penal #72 y el Código de Seguros #556.1) para otros reclamos, consulte el Código de Gobierno para las fechas límites y complete las secciones apropiadas de este formulario de reclamo.

A GOLD COAST TRANSIT DISTRICT; El suscrito respetuosamente presenta el siguiente reclamo e información.

(A) Nombre, dirección (o oficina postal) del solicitante:

- (1) NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: _____
- (2) DIRECCIÓN COMPLETA: _____
Calle y # de apartamento Cd./Est./Cod. Postal
- (3) OTRA DIRECCIÓN: _____
(Apartado postal y otra dirección si la hay)
- (4) NUMEROS DE TELÉFONO: _____
Casa Trabajo
- (5) PADRE/TUTOR (si es menor de edad): _____
- (6) NUMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR: _____

(B) La oficina postal o alguna otra dirección a la cual la persona que entabla el reclamo desea que se manden avisos:

- (7) DIRECCIÓN/AVISOS: _____

(C) La fecha, lugar y otras circunstancias de lo ocurrido o transacción por la cual resultado en que se entable este reclamo:

- (8) FECHA: _____ (11) HORA: _____
- (9) LUGAR: _____
(Lugar exacto)
- (10) CIRCUNSTANCIAS:
(Especifique detalladamente la ocurrencia, evento, acto o descuido que usted reclama causo herida daño.)

Página Dos

Reclamo de: _____

Evento de: _____

(D) Una descripción general de las deudas, obligaciones, heridas, daños o pérdidas que usted ha sufrido hasta el momento de presentar este reclamo:

(11) LA NATURALEZA / DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES O DAÑOS: _____

(12) SI NO HAY LESIONES, HAGALO SABER: _____

(E) El nombre o nombres del empleado o empleados públicos que causaron la lesión, daños o pérdidas, si se sabe:

(13) NOMBRE(S): _____

(14) QUE ACTO O ACCIÓN DE EMPLEADOS DE GCTD CAUSO LA LESIÓN/DAÑO?

(F) La cantidad del reclamo: Hasta el momento de entablar el reclamo, con la más precisión posible, cual es la cantidad del reclamo, incluyendo la cantidad de una posible lesión, daño o pérdida en el futuro, junto con la(s) de cálculo de la cantidad reclamada:

(15) LA CANTIDAD RECLAMADA HASTA LA FECHA: _____

(16) PRESUPUESTO DE FUTUROS COSTOS: _____

(17) BASE DE COMPUTACIÓN: _____

(18) CANTIDAD DEL RECLAMO: _____

(Incluyendo todas las pérdidas por daños conocidos)

EL SUSCRITO DECLARA QUE EL O ELLA ES LA PERSONA QUE ENTABLA ESTE RECLAMO O QUE ES LA PERSONA QUE PRESENTA TAL RECLAMO A NOMBRE DE LA PERSONA ANTES MENCIONADA, Y DECLARA BAJO PENA DE PERJURIO QUE ESTO ES VERDAD Y CORRECTO POR LO QUE SE SABE HASTA LA FECHA.

EJECUTADO EN _____

Ciudad

Estado

FECHA _____

Firma del Reclamante, o
Representante del Reclamante

Dirección

Número de teléfono

() Cuentas, facturas o presupuestos

() Lista de testigos adjunto