



TOWN OF ISLIP
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Completa las áreas resaltadas y Regresar a: Oficina de Abogado del Pueblo de Islip
655 Main Street
Islip, New York 11751
(631)224-5554

INCIDENTE

NOMBRE	LUGAR, FECHA Y HORA DEL INCIDENTE <i>(sé específico)</i>	
DIRECCIÓN	DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE	
NÚMERO DE TELÉFONO	CANTIDAD TOTAL DE RECLAMACIÓN \$ <i>(incluir presupuesto y el recibo)</i>	NÚMERO DE QUEJA

AUTOMÓVIL

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO	AÑO, MARCA, Y MODELO	NÚMERO DE PLACA
NOMBRE DEL PROPIETARIO	DIRECCIÓN DEL PROPIETARIO	
NOMBRE DE CONDUCTOR MARCA AQUÍ SI ES PROPIETARIO ___	DIRECCIÓN DEL CONDUCTOR	
# LICENCIA DE CONDUCIR	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE TELÉFONO
DESCRIBE EL DAÑO <i>(Adjunte hojas adicionales si es necesario)</i>	DIAGRAMA DE ACCIDENTE <i>(Numera los vehículos. Tu vehículo es el número uno)</i>	

PERSONAL

NOMBRE DE LA PERSONA LESIONADA	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO	
¿SE OFRECIERON PRIMEROS AUXILIOS? ___ SÍ ___ NO ___ RECHAZADO	SI SE DIERON PRIMEROS AUXILIOS, QUIÉN LOS ADMINISTRÓ NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO	
DESCRIBIR LAS LESIONES CON TODO DETALLE	ADJUNTE HOJAS ADICIONALES SI ES NECESARIO		
TESTIGOS <i>(incluir empleados del Pueblo de Islip)</i>	NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO

FECHA	FIRMA
-------	-------