

Pakete ng Form ng Karaniwang Claim sa Tort (Island County)

Mangyaring *basahin nang mabuti ang lahat ng impormasyon sa paketeng ito* bago kompletuhin at iharap ang iyong karaniwang Claim sa Tort.

Pagpepresenta ng Form ng Karaniwang Claim sa Tort

Dapat ipresenta sa tanggapan ng Pamamahala ng Panganib sa pamamagitan ng Form ng Karaniwang Claim sa Tort (Island County) ang lahat ng reklamo laban sa lalawigan, o laban sa mga opisyal, empleyado, o mga boluntaryo ng lalawigan.

Mga Dokumentong Kasama sa Pakete ng Form ng Karaniwang Claim sa Tort

1. Mga tagubilin para sa pagkompleto ng Form ng Karaniwang Claim sa Tort
2. Form ng Karaniwang Claim sa Tort
3. Pahintulot para sa Pagpapalabas ng Protektadong Impormasyong Pangkalusugan (PHI) para lamang sa mga claim sa tort na may kaugnayan sa personal na mga pinsala
4. Form ng Banggaan ng Sasakyan lamang para sa mga claim sa tort na may kinalaman sa mga aksidente/banggaan ng sasakyan

Mga Legal na Pangangailangan para sa Pagpapakita ng Form ng Karaniwang Claim sa Tort

Para mapatunayan ang claim at karagdagang sumusuportang impormasyon, kinakailangan ng batas na ang Form ng Karaniwang Claim sa Tort na pinirmahan ng:

- Claimant; o
- Taong may hawak ng nakasulat na power of attorney mula sa Claimant; o
- Abogado na kumakatawan para sa Claimant; o
- Abogado na pinahihintulutang magsanay sa Estado ng Washington sa ngalan ng Claimant; o
- Isang tagapangalaga o guardian ad litem na inaprubahan ng korte sa ngalan ng claimant

Ipresenta nang Personal, sa Pamamagitan ng Mail o Email ang Form ng Karaniwang Claim sa Tort at mga Sumusuportang Dokumento sa:

Island County
Risk Management
Administration Building (Old County Courthouse)
1 NE 7th Street, Room 211
Coupeville, WA 98239
Email: RiskManagement@islandcountywa.gov

Oras na Bukas: Lunes-Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 4:30 p.m.
Sarado tuwing mga weekend at holiday ng county.

MGA TAGUBILIN SA PAGKOMPLETO NG ISANG FORM NG KARANIWANG CLAIM SA TORT

- Bago makompleto ang isang Form ng Karaniwang Claim sa Tort, mangyaring basahin ang mga tagubilin na ito, ang Form ng Karaniwang Claim sa Tort, at iba pang angkop na mga form sa kanilang kabuuan.
- Magsulat ng malinaw o mag-print gamit ang tinta at pirmahan ang Form ng Karaniwang Claim sa Tort.
- Ibigay ang lahat ng hinihiling na impormasyon at anumang iba pang available na dokumento o ebidensya na sumusuporta sa iyong claim, tulad ng mga medikal na rekord o bayarin para sa mga personal na pinsala, larawan, katibayan ng pagmamay-ari para sa mga pinsala sa ari-arian, **pagtanyang pagkukumpuni (kailangan ng minimum na 2 pagtanyang)**, resibo para sa halaga ng ari-arian, atbp.
- Kung hindi maibibigay ang hinihiling na impormasyon sa espasyong inilaan, mangyaring gumamit ng karagdagang blankong mga pahina para madaling mabasa at maunawaan ang Form ng Karaniwang Claim sa Tort.
- Ang mga sumusunod ay mga halimbawa kung paano kompletuhin ang Form ng Karaniwang Claim sa Tort:
 1. Smith, Karen, Michelle
 2. 1234 College Way NW, Apt 56, Seattle, WA 98178
 3. PO Box 910, Seattle WA 98178
 4. Pareho (o tirahan sa oras ng insidente)
 5. 206-123-4567
 6. ksmith@verizon.net
 7. 08/09/2008, 8:00 a.m.
 8. Kung naganap sa isang yugto ng panahon ang insidente na nagdulot ng mga pinsala, mangyaring ibigay ang petsa/oras ng simula at ang petsa/oras ng pagtatapos.
 9. Washington, Island, No City, Sa County Road
 10. Patmore Road Eastbound malapit sa interseksyon ng Keystone Road
 11. Island County, Public Works, Roads Division
 12. Smith, Thomas Arthur, 1234 College Way NW, Apt 56, Seattle, WA 98178 (360) 456-3456; Driver ng Tow Truck, Simmons Towing
 13. Hindi kilala
 14. Ilagay ang lahat ng iba pang saksi na may kaalaman sa insidenteng tinutukoy, kasama ang kanilang mga pangalan, address, at numero ng telepono na hindi nakalista sa mga item na 12 at 13. Kasama rin ang paglalarawan ng kanilang kaalaman. Halimbawa, kung kasama mo ang iyong kapatid na babae noong naganap ang sinasabing insidente, mangyaring isama ang kanyang pangalan, address, numero ng telepono, at ipahiwatig na nasaksihan niya ang insidente.
 15. Mangyaring ilarawan ang insidente na nagresulta sa pinsala o mga pinsala, na tiyak na sinasagot ang mga tanong na sino, ano, saan, kailan at bakit.
 16. Kung iniulat mo ang insidenteng ito sa mga tagapagpatupad ng batas, kaligtasan, o seguridad, mangyaring magbigay ng kopya ng ulat o impormasyon ng pakikipag-ugnayan ng taong kinausap mo.
 17. Mangyaring ilarawan ang lahat ng iyong provider ng serbisyong medikal kasama ang kanilang pangalan, address, impormasyon ng pakikipag-ugnayan, at ang uri ng paggamot. Kung ginamot ka para sa personal na pinsala, mangyaring isama ang iyong mga medikal na rekord at gastusin.
 18. Ilakip ang anumang iba pang dokumento na sumusuporta sa iyong claim.
 19. Mangyaring ibigay ang halaga sa dolyar ng inyong mga pinsala, kasama na ang nawala sa iyong oras, mga medikal na gastusin, pagkawala ng ari-arian, at iba pa. Ang halagang ito ay dapat na kumakatawan sa iyong opinyon ng kabuuang kompensasyon.
- Kung nagpapakita ka ng isang personal na claim ng pinsala, mangyaring pumirma at ilakip ang form ng Pahintulot para sa Pagpapalabas ng Protektadong Impormasyong Pangkalusugan (PHI).
- Kung may kinalaman ang iyong claim sa aksidente ng sasakyang de-makina, mangyaring kompletuhin, lagdaan, at ilakip ang Form ng Banggaan ng Sasakyan.

FORM NG KARANIWANG CLAIM SA TORT (Island County)

Alinsunod sa mga Kabanata 4.92 at 4.96 RCW, ang form na ito ay para sa paghahain ng claim sa tort laban sa Island County, sa mga opisyal nito, mga empleyado o boluntaryo. Ang ilan sa mga impormasyong hinihiling sa form na ito ay kinakailangan ng RCW 4.96.020 at maaaring maipahayag sa publiko.

MANGYARING I-TYPE O I-PRINT SA TINTA

Isumite ang claim sa: Island County
Risk Management
Administration Building (Old County Courthouse)
1 NE 7th Street, Room 211
Coupeville, WA 98239
Email: RiskManagement@islandcountywa.gov

Oras na Bukas: Lunes – Biyernes, 8:00 a.m. – 4:30 p.m.
Sarado tuwing mga weekend at holiday ng county.

Para sa Opisyal na Paggamit Lamang

Hindi.

IMPORMASYON NG CLAIMANT

- Pangalan ng claimant: _____
Aperyido Pangalan Gitnang Pangalan Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy)
- Kasalukuyang address ng tirahan: _____
- Address sa Mail (kung iba): _____
- Pansamantalang tirahan sa oras ng insidente (kung iba mula sa kasalukuyang tirahan): _____
- Numero ng telepono sa araw ng claimant: _____
Tahanan Negosyo
- Email address ng claimant: _____

IMPORMASYON SA INSIDENTE

- Petsa ng insidente: _____ Oras: _____ ☐ a.m. ☐ p.m. (i-tsek ang isa)
(mm/dd/yyyy)
- Kung nangyari sa loob ng isang yugto ng oras ang insidente, petsa ng una at huling mga pangyayari:
mula _____ Oras: _____ ☐ a.m. ☐ p.m. (i-check ang isa) hanggang _____ Oras: _____ ☐ a.m. ☐ p.m. (i-tsek ang isa)
(mm/dd/yyyy) (mm/dd/yyyy)
- Lokasyon ng insidente: _____
Estado at county Lungsod, kung naaangkop Lugar kung saan naganap
- Kung naganap ang insidente sa isang kalye o highway:
Pangalan ng Kalye o Highway Bilang ng Milepost Sa interseksyon na may o pinakamalapit na kalye na may interseksyon
- Ahensya ng county o departamento na sinasabing responsable sa pinsala/sugat: _____
- Mga pangalan, tirahan at numero ng telepono ng lahat ng taong kasangkot o saksi sa insidenteng ito: _____

13. Mga pangalan, address at numero ng telepono ng lahat ng empleyado, opisyal, o boluntaryo ng County na may kaalaman sa insidenteng ito:

14. Mga pangalan, address at numero ng telepono ng lahat ng indibidwal na hindi pa nakilala sa #12 at #13 na nasa itaas na may Kaalaman tungkol sa mga isyu ng pananagutan na kasangkot sa insidenteng ito, o kaalaman sa mga pinsalang naidulot sa Claimant. Mangyaring isama ang maikling paglalarawan tungkol sa katangian at lawak ng kaalaman ng bawat tao. Maglakip ng karagdagang mga pahina kung kinakailangan.

15. Ilarawan ang sanhi ng sugat o mga pinsala. Ipaliwanag ang lawak ng pagkawala ng ari-arian o medikal, pisikal o mental na mga pinsala. Maglakip ng karagdagang mga pahina kung kinakailangan.

16. Naiulat na ba ang insidenteng ito sa mga tagapagpatupad ng batas, kaligtasan o seguridad? Kung gayon, kailan at kanino?

17. Mga pangalan, address at mga numero ng telepono ng mga provider ng medikal na paggamot. Ilakip ang mga kopya ng lahat ng medikal na ulat at gastusin.

18. Mangyaring maglakip ng mga dokumentong sumusuporta sa mga paratang ng claim na ito.

19. Humihiling ako ng danyos mula sa Island County na nagkakahalaga ng \$_____.

Dapat napirmahan ng Claimant ang form ng Claim, isang tao na may hawak ng nakasulat na power of attorney mula sa Claimant, ng attorney in fact para sa Claimant, ng isang abogado na pinayagang magsanay sa Washington State sa ngalan ng Claimant, o isang tagapangalaga o guardian ad litem na inaprubahan ng korte sa ngalan ng Claimant.

Aking ipinahahayag sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling sa harap ng batas ng Estado ng Washington na ang naunang binanggit ay totoo at tama.

Lagda ng Claimant

Petsa at lugar (tirahan, lungsod at county)

**PARA SA MGA KAHILINGAN NG PERSONAL NA
PINSALA LAMANG**

**Pahintulot para sa Pagpapalabas ng Protektadong
Impormasyong Pangkalusugan (PHI) sa Dibisyon ng
Pamamahala ng Panganib (Risk Management Division)
ng Island County**

Pangalan: _____
(Apelyido, Pangalan, Inisyal ng Gitnang Pangalan o Gitnang Pangalan)

Petsa ng Kapanganakan: Buwan _____ Araw _____ Taon _____

Nagbibigay ako ng pahintulot para sa paghahayag ng aking protektadong impormasyong pangkalusugan sa Island County, Dibisyon ng Pamamahala ng Panganib, para sa mga layunin ng pagpoproseso ng aking claim para sa mga pinsala na isinumite sa Island County.

Nauunawaan ko na sa pamamagitan ng paglagda sa dokumentong ito, pinapahintulutan ko ang paglabas ng sumusunod na impormasyon:

Kompletong medikal na rekord para sa lahat ng serbisyo, kasama ang kasaysayan at pisikal na pagsusuri; mga tala ng progreso; mga ulat ng x-ray; mga pagka-admit sa ospital; mga tala ng operasyon; pisikal o iba pang therapy; mga ulat ng laboratoryo at iba pang pagsubok; mga utos ng doktor at assistant ng doktor; mga tala ng pagkalinga; at lahat ng iba pang rekord at reperensya na itinalaga ng provider ng serbisyo bilang bahagi ng kanyang medikal na rekord.

Mga Resulta ng Pagsusuri sa HIV at medikal na impormasyon na may kaugnayan sa pagsusuri o paggamot sa HIV

Mga rekord sa Psychiatric na kalusugan, kalusugan ng pag-iisip at pag-uugali, kasama ang mga tala ng paggamot, pagtatasa, dokumento at resulta ng pagsusuri, at mga medikal na rekord na may kaugnayan sa diagnosis at paggamot sa kalusugan ng pag-iisip.

Mga pagtatasa sa pagkalulong sa alak, pagsusuri, referral o mga rekord ng paggamot

Lahat ng iba pang pagtatasa sa pagkalulong sa kontroladong kemikal at mga rekord ng paggamot

Mga reseta ng botika at mga ulat

Lahat ng natanggap o ipinadalang sulat at memo, kasama ang elektronikong mail, na tumutukoy sa aking paggamot; impormasyon na may kaugnayan sa inirereklamong sekswal na pambabastos o sakit na naipapasa sa pamamagitan ng pakikipagtalik, kasama ang mga resulta ng pagsusuri.

Impormasyon tungkol sa agarang pangangalaga, outpatient o iba pang pagpapatingin sa klinika

Impormasyon sa Gynecological at/o obstetrical

Lahat ng rekord ng kliyente na ginawa para sa o ng mga programa ng pamahalaan kung saan isa akong kliyente. Tukuyin ang (mga) programa at ahensya:

Mga rekord sa pananalapi na may kaugnayan sa aking pangangalaga at paggamot

Nauunawaan ko ang mga sumusunod: **(MANGYARING BASAHIN AT LAGYAN NG INISYAL ANG LAHAT NG PAHAYAG)**

- _____
Mga Inisyal
- Nauunawaan ko na protektado ang aking mga rekord sa ilalim ng mga regulasyon ng HIPAA/PHI (pederal na batas) at ng Washington State Health Care Information Act (RCW 70.02).
- _____
Mga Inisyal
- Nauunawaan ko na maaaring muling ihayag ng Island County ang aking impormasyon sa kalusugan at hindi protektado para sa mga layunin ng pagtatasa at pagsisiyasat sa claim na aking isinumite sa Island County.
- _____
Mga Inisyal
- Nauunawaan ko na ang partikular na impormasyon na ibubunyag sa aking medikal na rekord ay maaaring maglaman ng impormasyon tungkol sa paggamit ng alak, droga o iba pang kontroladong kemikal, mga referral sa pagpapayo at/o kasaysayan ng pagsusuri o paggamot sa acquired immune deficiency syndrome.
- _____
Mga Inisyal
- Nauunawaan ko na maaari kong bawiin ang pahintulot na ito anumang oras sa pamamagitan ng pagsulat sa Island County, at magiging epektibo ang pagbawi mula sa petsa na matatanggap ito ng Island County. Anumang rekord na nakuha alinsunod sa Pahintulot para sa Pagpapalabas ng PHI na ito bago ang pagkakabawi ay ituturing na pinahintulutan ko para sa paglabas.
- _____
Mga Inisyal
- Nauunawaan ko na ang Pahintulot para sa Pagpapalabas ay magtatapos 90 araw mula sa petsa nang pinirmahan ko ito. Maaari ko ring pahintulutan ang ibang takdang oras para magkaroon ng bisa ang pagpapalabas na ito. May bisa ang pahintulot na ito hanggang sa malutas o maisara ang aking claim ng Island County.

Ang Photostat ng Pahintulot na ito ay may parehong kapangyarihan tulad ng orihinal para sa layunin ng pagpapalabas ng aking mga rekord sa Island County.

Lagda ng Indibidwal na May Kapangyarihang Magpahintulot:

Petsa ng Paglagda: _____

Numero ng telepono: _____

Saksi (kung higit sa 13 taong gulang ang pasyente at lumalagda sa pagpapalabas):

Kung saan ang lumagda ay hindi ang paksa ng mga rekord:

Pinapahintulutan akong lumagda dito dahil ako ang (ilakip ang katibayan ng pahintulot):

- ☐ Magulang ng Menor de Edad
- ☐ Legal na Tagapangalaga
- ☐ Personal na Kinatawan
- ☐ Iba pa

Para sa Provider o Tagapangalaga ng Mga Rekord:

Mangyaring magpadala ng malinaw na mga kopya ng lahat ng rekord sa:

Island County
Risk Management
Island County Administration Building, Room 211
1 NE 7th St.
P.O. Box 5000
Coupeville, WA 98239

FORM NG BANGGAAN NG SASAKYAN

MANGYARING I-TYPE O I-PRINT SA TINTA

Mangyaring ilakip ang form na ito sa iyong form ng karaniwang claim sa tort kung ang claim ay may kinalaman sa isang aksidente ng sasakyan.

	PANGALAN NG CLAIMANT (KAILANGANG KOMPLETUHIN ANG HIWALAY NA FORM PARA SA BAWAT CLAIMANT)				PETA NG AKSIDENTE (mm/dd/yyyy)		ORAS	
							AM PM	
	KASALUKUYANG KALYE (TIRAHAN) NG ADDRESS				LUNGSOD	ESTADO	ZIP	TELEPONO BAHAY TRABAHO
	(TIRAHAN) KALYE NG TIRAHAN SA LOOB NG ANIM NA BUWAN BAGO ANG AKSIDENTE				LUNGSOD	ESTADO	ZIP	EMAIL
Estado//County/Lungsod (kung naaangkop)				KALYE O KALSADA	NUMERO NG MILEPOST	INTERSEKSYON O PINAKAMALAPIT NA KALYE/DAAN		
	TAON	GAWA	MODELO	NUMERO NG LICENSE PLATE	SAAN MAKIKITA ANG SASAKYAN?		KAILAN?	
	PANGALAN NG MAY-ARI NG SASAKYAN				ADDRESS	LUNGSOD	NUMERO NG TELEPONO SA BAHAY AT TRABAHO	
	PANGALAN NG DRIVER				ADDRESS	LUNGSOD	NUMERO NG TELEPONO SA BAHAY AT TRABAHO	
	NUMERO NG LISENSYA NG DRIVER				ESTADONG NAG-ISYU	PETA NG PAG-EXPIRE		
	ILARAWAN ANG PINSALA				PAGTATANTYA \$	ANG KOMPANYA NG IYONG INSURANCE AT NUMERO NG POLICY		
	TAON	GAWA	MODELO	NUMERO NG LICENSE PLATE	AHENSYA NG ESTADO, KUNG ALAM			
	PANGALAN NG MAY-ARI				ADDRESS	LUNGSOD	TELEPONO	
	PANGALAN NG DRIVER				ADDRESS	LUNGSOD	TELEPONO	
	ILARAWAN ANG PINSALA						PAGTATANTYA \$	
	MAY IBA PA BANG NASIRANG (HINDI SASAKYAN) ARI-ARIAN? KUNG GAYON, ILARAWAN KUNG ANONG URI NG ARI-ARIAN ANG NASIRA.							
	PANGALAN NG MAY-ARI				ADDRESS	LUNGSOD	TELEPONO	
	ILARAWAN ANG PINSALA						PAGTATANTYA \$	
	PANGALAN ADDRESS TELEPONO SUGAT E D A D V E H 1 V E H 2 V E H 3 PED IBA PA							
	BAHAY TRABAHO							
	BAHAY TRABAHO							
	BAHAY TRABAHO							
	BAHAY TRABAHO							
	BAHAY TRABAHO							
	PANGALAN (MAGLAKIP NG KARAGDAGANG MGA PAPEL KUNG KINAKAILANGAN)				ADDRESS	LUNGSOD	TELEPONO	
	BAHAY TRABAHO							
	BAHAY TRABAHO							
	BAHAY TRABAHO							

KOMPLETUHIN ANG LAHAT NG DETALYE

Ilarawan ang pag-uugali at mga pangyayari na nagdulot ng pagkasugat o mga pinsala at ipaliwanag ang lawak ng medikal, pisikal o mental na mga pinsala. Mangyaring tukuyin ang pangalan, address, at numero ng telepono ng mga nag-aasikasong doktor at iba pang provider ng medikal na serbisyo. Mangyaring ilakip ang mga pagtanta ng pinsala sa ari-arian at/o lahat ng medikal na gastusin bilang suporta sa iyong claim. Kung kinakailangan, maglakip ng karagdagang mga pahina na naglalaman ng impormasyon sa format na ito.

Diretsong Kalsada
Kurba - R o L
Antas

Hillcrest
Paakyat
Pababa

Isang Linya
Isa at kalahating Linya
Dalawang Linya o Apat
na Linya

KONDISYON NG ILAW (I-TSEK ANG ISA)		KONTROL SA TRAPIKO		URI NG KALSADA (I-TSEK ANG ISA O HIGIT PA)		KALAGAYAN NG SASAKYAN (I-TSEK ANG ISA O HIGIT PA)		SURFACE NG KALSADA (I-TSEK ANG ISA)		PANAHON (I-TSEK ANG ISA)	
1	ARAW	NUMERO NG SASAKYAN 1 NUM. 2		NUMERO NG SASAKYAN 1 NUM. 2		NUMERO NG SASAKYAN 1 NUM. 2		NUMERO NG SASAKYAN 1 NUM. 2		1 MALINAW, MAULAP AT MAKULIMLIM 2 UMUULAN 3 NAGNINIYEBE 4 MAHAMOG 5 IBA PA (TUKUYIN)	
2	MADALING ARAW	1	MGA SIGNAL	1	ONE WAY	1	SIRA ANG PRENO	1	TUYO		
3	TAKIP-SILIM	2	STOP SIGN	2	TWO WAY	2	SIRA ANG MGA HEADLIGHT	2	BASA		
4	NAKASINDI ANG MGA MADILIM NA ILAW SA KALYE	3	PULA	3	REVERSIBLE NA DAAN	3	SIRA ANG MGA REAR LIGHT	3	NAGNINIYEBE		
5	MADILIM AT NAKAPATAY ANG MGA ILAW NG KALYE	4	AMBER	4	LOOP RAMP NG INTER-CHANGE	4	SIRA ANG GULONG	4	NAGYEYELO		
6	MADILIM AT WALANG ILAW SA KALYE	5	RR SIGNAL	5	ISKINITA	5	NABUTAS O PUMUTOK NA GULONG	5	IBA PA (TUKUYIN)		
7	IBA PA (TUKUYIN)		OPISYAL/ FLAGMAN	6	TWO WAY- MGA LEFT TURN NA LINYA	6	IBA PA (TUKUYIN)	PANGALAN NG NAG-IIMBESTIGANG AHENSYA NG PULISYA: _____ NUMERO NG ULAT NG AHENSYANG NAG-IIMBESTIGA _____			
		7	YIELD SIGN	1 NAKAHIWALAY 2 NAHAT 3 HINDI NAHATI							
		8	WALANG KONTROL SA TRAPIKO								
		9	IBA PA								