

ПАКЕТ ДЕЛИКТНОГО ИСКА

Прочтите, пожалуйста, внимательно всю информацию, содержащуюся в этом пакете, прежде чем заполнять и подавать бланк деликтного иска (Tort Claim Form).

Документы, содержащиеся в Пакете деликтного иска

- Общая информация о пакете деликтного иска (**стр. 1**)
- Часто задаваемые вопросы о деликтном иске (**стр. 2**)
- Инструкции к бланку деликтного иска (**стр. 3**)
- Бланк деликтного иска, который предстоит заполнить и представить в Порт Сиэтла (**стр. 4-6**)
- Разрешение на разглашение защищённой медицинской информации, которое предстоит заполнить и представить в Порт Сиэтла, если это применимо к случаю (**стр. 7-8**)

Юридические требования к обращению с деликтным иском

Для проверки иска и сопроводительной информации, согласно Своду законов штата Вашингтон [RCW 4.96.020 \(3\)\(b\)](#), требуется, чтобы бланк о деликтном иске был подписан следующими лицами:

- (i) истцом, подтверждающим иск;
- (ii) адвокатом истца, действующим согласно письменной доверенности от истца;
- (iii) адвокатом, допущенным к юридической практике в штате Вашингтон, от имени истца; или
- (iv) опекуном истца, назначенным судом, или опекуном-представителем в судебном деле от имени истца.

Бланки деликтного иска можно направлять по электронной почте tortclaims@portseattle.org **ИЛИ** бланки деликтного иска и сопроводительные документы можно отправлять по почте или доставлять лично следующим:

Laricel Cambronero, менеджер по заявлениям о риске **ИЛИ**
Jeff Hollingsworth, менеджер по управлению рисками **ИЛИ**
Ian Kohler, специалист по заявлениям о риске
Port of Seattle – Pier 69
2711 Alaskan Way
Seattle, WA 98121

Часы работы: с понедельника по пятницу, с 8:00 до 16:30
Закрывается в праздничные и выходные дни.

Если у вас есть дополнительные вопросы о процессе обращения с иском, или же если вы хотите назначить время для личной доставки обращения с деликтным иском, позвоните по телефону (206) 673-7888.

ДЕЛИКТНЫЙ ИСК: ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ

Что такое деликтный иск?

Деликтный иск - это требование об уплате за потерю, убыток, телесные повреждения или ущерб, которые вы могли потерпеть в результате несчастного случая/аварии. Порт Сиэтла рассматривает все деликтные иски. На записи/документы, которые вы подаёте, могут распространяться законы о публичном раскрытии информации.

Сколько времени у меня есть на подачу иска?

Вы должны предъявить деликтный иск в рамках срока давности, установленного штатом. Бланк о деликтном иске следует предъявить в Порт Сиэтла как минимум за 60 дней до предъявления судебного иска.

Я представил отчёт о происшедшем со мной несчастном случае/аварии; должен ли я к тому же предъявлять иск?

Да, если вы хотите заявить об иске к Порту Сиэтла, требуется заполнить бланк о деликтном иске.

Я получил телесные повреждения. Кто будет оплачивать мои медицинские расходы?

В отличие от того, как принято обращаться с исками у традиционных страховых компаний, Порт не оплачивает медицинских расходов автоматически. Вы отвечаете за все свои медицинские расходы. Если вы считаете, что Порт Сиэтла несёт ответственность за ваши телесные повреждения, вы должны заполнить бланк о деликтном иске по возмещению ущерба.

Как мне проверить статус моего иска?

Для вашего дела будет назначен оценщик, который будет лучше всех осведомлён о статусе вашего иска. Если у вас нет контактной информации оценщика, позвоните в отдел Порта Сиэтла по управлению рисками по номеру (206) 673-7888 в рабочее время (с понедельника по пятницу, с 8:00 до 16:30). Будут приложены все усилия к тому, чтобы перезвонить вам в течение одного или двух рабочих дней после вашего звонка.

А что, если мой иск отклоняют, и я не согласен с результатом?

Если у вас есть дополнительная информация, дающая обоснование вашему иску, представьте, пожалуйста, новые данные своему оценщику, и он/она сможет установить, следует ли возобновить ваше дело. Вы также можете получить за свой счёт консультацию у юриста относительно наличия других вариантов.

Что происходит, если мой иск представлен третьей стороне?

Оценщик может установить, что обвинения, предъявленные вами в иске, входят в сферу ответственности и надзора другой организации или лица, не относящихся к Порту Сиэтла. Оценщик передаст ваше дело в распоряжение той организации/лица. Как только дело, представленное Портом, будет принято третьей стороной, Порт сообщит вам о новом контактном лице/организации. Третья сторона возьмёт на себя расследование и сделает окончательное заключение о вашем иске.

Где можно получить помощь с переводом?

Звоните в Отдел Порта Сиэтла по управлению рисками по телефону (206) 673-7888 в рабочее время (с понедельника по пятницу, с 8:00 до 16:30). Будут приложены все усилия к тому, чтобы перезвонить вам в течение одного или двух рабочих дней после вашего звонка.

ИНСТРУКЦИИ К БЛАНКУ ДЕЛИКТНОГО ИСКА

Прочтите, пожалуйста, приведенную ниже информацию, прежде чем заполнять бланк деликтного иска. Напечатайте или пишите чернилами печатными буквами.

СВЕДЕНИЯ ОБ ИСТЦЕ	<p>Укажите имя и фамилию лица, компанию или организацию, подающую иск. Имя, фамилия, дата рождения и контактная информация требуются согласно Своду законов штата Вашингтон RCW 4.96.02(3)(a), а также требуется адрес фактического места жительства истца на момент предъявления иска и на момент его возникновения.</p>
СВЕДЕНИЯ О НЕСЧАСТНОМ СЛУЧАЕ	<p>Согласно Своду законов штата Вашингтон RCW 4.96.020(3)(a), требуется следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Описание действий и обстоятельств, которые привели к телесному повреждению или ущербу; • Описание телесного повреждения или ущерба; • Заявление о времени и месте происшедшего телесного повреждения или ущерба (<i>Если происшествие, которое привело к телесному повреждению или ущербу, длилось в течение некоторого периода времени, приведите, пожалуйста, даты начала и конца этого периода</i>); • Список имён и фамилий, а также контактная информация всех затронутых лиц, если это известно; • Заявление о сумме/величине заявленного ущерба <p>Предоставьте всю требующуюся информацию, имена и фамилии всех остальных потерпевших сторон, а также любые имеющиеся документы или данные, в частности, медицинские записи или счета за личные телесные повреждения, фотографии, доказательства права собственности в случае ущерба собственности, квитанции за ремонт, информацию о потере заработка и прочую надлежащую информацию. <i>Если требуется дополнительное место для изложения информации, приложите, пожалуйста, эту информацию на дополнительных листах.</i></p>
Подпись	<p>Для проверки иска и сопроводительной информации, согласно Своду законов штата Вашингтон RCW 4.96.020 (3)(b), требуется, чтобы бланк о деликтном иске был подписан следующими лицами:</p> <ul style="list-style-type: none"> • истцом, подтверждающим иск; • адвокатом истца, действующим согласно письменной доверенности от истца; • адвокатом, допущенным к юридической практике в штате Вашингтон, от имени истца; или • опекуном истца, назначенным судом, или опекуном-представителем в судебном деле от имени истца. <p><i>Если этот бланк подписан другим лицом, а не Истцом, пожалуйста, также напишите печатными буквами имя, фамилию и титул подписавшего.</i></p>
Разрешение на разглашение защищённой медицинской информации	<p>Если вы предъявляете иск о личном телесном повреждении, подпишите и приложите, пожалуйста, бланк о разглашении медицинской информации.</p>



БЛАНК ДЕЛИКТНОГО ИСКА

Согласно Главе [4.96 Свода законов штата Вашингтон](#) данный бланк используется для предъявления деликтного иска к Порту Сиэтла. **Некоторая информация, запрашиваемая в этом бланке, а также любые сопроводительные документы могут подлежать публичному разглашению, согласно Закону о публичном раскрытии информации (Public Disclosure Act) ([RCW 42.56](#)).**

Бланки деликтного иска можно направлять по электронной почте tortclaims@portseattle.org **ИЛИ** бланки деликтного иска и сопроводительные документы можно отправлять по почте или доставлять лично следующим:

Laricel Cambronero, менеджер по заявлениям о риске **ИЛИ**
Ian Kohler, специалист по заявлениям о риске **ИЛИ**
Jeff Hollingsworth, менеджер по управлению рисками
Port of Seattle
P.O. Box 1209
Seattle, WA 98111

Часы работы: с понедельника по пятницу, с 8:00 до 16:30
Закрывается в праздничные и выходные дни.

СВЕДЕНИЯ ОБ ИСТЦЕ

Если это отдельное лицо

Имя, фамилия Истца: _____
Фамилия
Имя
Отчество

Дата рождения: _____

Если это бизнес или организация

Наименование бизнеса или организации: _____

Имя, фамилия и титул представителя: _____

Адрес в настоящее время: _____

Почтовый адрес (если отличается от вышеуказанного): _____

Адрес во время несчастного случая: _____

Номер(а) телефона(ов) _____
Личный
Рабочий

Адрес электронной почты: _____



БЛАНК ДЕЛИКТНОГО ИСКА

СВЕДЕНИЯ О НЕСЧАСТНОМ СЛУЧАЕ

Дата несчастного случая: _____

Время несчастного случая: _____

Место несчастного случая: _____

Описание действий и обстоятельств, которые привели к телесному повреждению или ущербу:

Описание телесного повреждения или ущерба:

Имена, фамилии, адреса и номера телефонов всех лиц, затронутых этим инцидентом или свидетелей такового, а также всех сотрудников Порты Сиэтла, осведомлённых об этом инциденте.

Имена, фамилии, адреса и номера телефонов всех до сих пор не упомянутых лиц, которые осведомлены о вопросах ответственности в отношении данного инцидента или об ущербе, нанесённом истцу. Приведите, пожалуйста, краткое описание характера и степени осведомлённости каждого индивидуума.

Было ли доложено об этом инциденте правоохрнительным органам, Порту Сиэтла или иному персоналу? Если так, укажите, когда и кому. Приведите, пожалуйста, номер дела правоохрнительных органов и/или приложите копию отчёта.

БЛАНК ДЕЛИКТНОГО ИСКА

Имена, фамилии, адреса и номера телефонов лечащего медицинского персонала. Приложите копии всех медицинских заключений и счетов.

Имя, адрес и номер телефона вашего работодателя. Если заявляете о потере заработной платы, укажите, пожалуйста, вашу должность и размеры заработка.

Заявляемая сумма компенсации за ущерб: \$ _____

Приложите, пожалуйста, все документы, поддерживающие обвинения и заявляемый ущерб.

Этот бланк о деликтном иске должен быть подписан Истцом; лицом, располагающим письменной доверенностью от Истца; адвокатом Истца; адвокатом, допущенным к юридической практике в штате Вашингтон, от имени Истца; опекуном Истца, назначенным судом, или опекуном в судебном деле от имени Истца.

Я заявляю, под страхом наказания за лжесвидетельство, предусмотряваемого законодательством штата Вашингтон, что вышеизложенное верно и правильно.

Дата

Подпись

Имя, фамилия печатными буквами/Титул



РАЗРЕШЕНИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ ЗАЩИЩЁННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Имя и фамилия полностью: _____

Дата рождения: _____

Получатель Medicare/Medicaid: Да _____ Нет _____

Настоящим я даю разрешение на разглашение своей защищённой медицинской информации в целях оформления/рассмотрения моего иска о компенсации ущерба, предъявленного к Порту Сиэтла. Направьте, пожалуйста, чёткие и разборчивые копии всех документов и записей следующему адресату:

Port of Seattle, Risk Management
P. O. Box 1209
Seattle, WA 98111

Я понимаю, что, подписывая этот документ, я даю разрешение на разглашение следующей информации:

Разглашение всей медицинской документации/записей в полной форме от всех служб, в которые входит следующее: история болезни, медицинский осмотр, записки о прогрессе пациента, заключения по результатам рентгена, госпитализация, операционные записи, физиотерапия и прочая терапия, заключения по результатам лабораторных и прочих анализов и тестов, предписания врачей и ассистентов врачей, записи медсестёр, а также все остальные записи и ссылки, которые, по определению медицинского персонала, являются составляющими медицинской документации/записей.

Результаты тестов на ВИЧ и информация, связанная с тестами на ВИЧ или лечением ВИЧ-инфекции.

Записи о психическом, психиатрическом и поведенческом состоянии здоровья, в том числе записи о лечении в этой сфере, документы о тестировании и результаты тестов, а также медицинские записи, касающиеся диагностики психического состояния здоровья и лечения.

Оценка проблем с употреблением алкоголя, тестирование, направления на лечение и/или записи, произведенные при лечении.

Рецепты и отчёты из аптеки.

Вся корреспонденция и все документы, полученные или отправленные (в том числе в виде электронной почты), в которых содержится информация о моём лечении; информация, касающаяся обвинения в сексуальном насилии или венерического заболевания, в том числе результаты тестов.

Информация о визитах в клиники срочной медицинской помощи, об амбулаторных визитах или о визитах в прочие клиники.

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ ЗАЩИЩЁННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Информация по гинекологии и/или акушерству.

Все записи/документы, созданные для государственных программ или таковыми программами, клиентом которых я являюсь. Укажите программу(ы) и агентство/организацию: _____.

Финансовая документация, касающаяся ухода за мной и моего лечения.

Я понимаю следующее: (ПОЖАЛУЙСТА, ПРОЧИТЕ И **ПОСТАВЬТЕ ИНИЦИАЛЫ** НА ВСЕХ ЗАЯВЛЕНИЯХ)

_____ Мои записи/документы защищены правилами и нормативами HIPAA/PRI (федеральным законом), а также Законом о медицинской информации штата Вашингтон) ([RCW 70.02](#)).

_____ Моя медицинская информация может подлежать передаче Портом Сиэтла и может оказаться незащищённой при использовании в целях проведения оценки и расследования предъявленного мною иска.

_____ В конкретную информацию из состава моей медицинской документации, подлежащую разглашению, может входить информация, касающаяся употребления алкоголя, наркотиков, лекарственных препаратов или иных контролируемых веществ, а также направлений на консультирование/терапию и/или прошлого тестирования на ВИЧ/СПИД или лечения таковых.

_____ Я могу отменить данное Разрешение в любое время, предоставив Порту Сиэтла, Отделу по управлению рисками уведомление об этом в письменном виде. Отмена будет действительна со дня получения Портом Сиэтла вышеупомянутого уведомления. Любые записи/документы, полученные в связи с этим Разрешением до его отмены, будут считаться имеющими моё разрешение на разглашение.

_____ Данное Разрешение считается недействительным через девяносто (90) дней со дня его подписания мною. Я могу также разрешить иной срок действия этого Разрешения.

Копия данного Разрешения действительна наравне с оригиналом.

_____ Дата

_____ Подпись