

**CITY OF PROVIDENCE
State Of Rhode Island**

**PETITION/NOTICE OF CLAIM TO THE CITY COUNCIL
(PETICIÓN/AVISO DE RECLAMO AL CONCEJO MUNICIPAL)**

PERSONAL INJURY
(LESIONES PERSONALES)

This document must be completed in English
(Este documento debe ser completado en Ingles)

TO THE HONORABLE CITY COUNCIL OF THE CITY OF PROVIDENCE:
(AL HONORABLE CONCEJO MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE PROVIDENCE)

*The undersigned respectfully petitions your honorable body
(El firmante solicita respetuosamente a su honorable cuerpo)*

DATE OF INCIDENT: _____
(DIA DEL INCIDENTE)

LOCATION OF INCIDENT (**BE SPECIFIC**): _____
(UBICACIÓN DEL INCIDENTE, SER ESPECIFICO)

DESCRIBE THE INCIDENT/INJURIES IN **DETAIL**:
(DESCRIBA EL INCIDENTE/DAÑO EN **DETALLE**)

Medical Records and Bills are required, please forward when available.
(Se requieren registros médicos y facturas, envíelos cuando estén disponibles.)

Provide the following personal info:
(Proporcione la siguiente información personal)

Name: _____
(Nombre)
Age (if minor): _____
(Edad, si es menor)
Phone Number: _____ Email: _____
(Número telefonico) (Correo Electrónico)
Street Address: _____
(Dirección)
City, State, Zip: _____
(Ciudad, Estado, Código Postal)

Claimant Signature: _____ **Date:** _____
(Firma del Reclamante) (Fecha)

**SEND ORIGINAL CLAIM FORM WITH SUPPORTING DOCUMENTS TO: PROVIDENCE CITY CLERK,
ROOM 311, 25 DORRANCE STREET, PROVIDENCE, RHODE ISLAND 02903**

(ENVÍE EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN ORIGINAL CON LOS DOCUMENTOS DE APOYO A: SECRETARIO MUNICIPAL DE PROVIDENCE, OFFICINA 311, 25 DORRANCE STREET, PROVIDENCE, RHODE ISLAND 02903)