

LIABILITY CLAIM AGAINST THE GOLD COAST TRANSIT

For Damages to Persons and Personal Property

(Government Code Sections 905, 910, 910.2)

TO: General Manager  
Gold Coast Transit  
301 E. Third St.  
Oxnard, CA 93030-6048

GCT Time/Date Stamp

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

---

Said claim must be filed with the General Manager, Gold Coast Transit, within 182 days after the accident, event or incident occurred. Make certain the claim is against the Gold Coast Transit only and not another public entity. Completed forms must be mailed or delivered on time to the Gold Coast Transit 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: 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 Numbers City/State/Zip

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

(4) PHONE NUMBERS: \_\_\_\_\_  
Home Work

(5) DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_ (6) PARENT/GUARDIAN \_\_\_\_\_  
(Of Minor)

(6) SOCIAL SECURITY NO.: \_\_\_\_\_ (8) DRIVER'S LIC.NO.: \_\_\_\_\_

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

(9) ADDRESS/NOTICES: \_\_\_\_\_

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

(10) DATE: \_\_\_\_\_ (11) TIME: \_\_\_\_\_

(12) PLACE: \_\_\_\_\_  
(Exact Location)

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

---

Claim Of: \_\_\_\_\_

Event Of: \_\_\_\_\_

(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:

(14) NATURE/DESCRIPTION OF INJURIES/DAMAGE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(15) IF NO INJURIES, SO STATE: \_\_\_\_\_

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

(16) NAME(S): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(17) WHAT ACT/ACTION OF SCAT 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:

(18) AMOUNT CLAIMED TO DATE: \_\_\_\_\_

(19) ESTIMATED FUTURE COSTS: \_\_\_\_\_

(20) BASIS OF COMPUTATION: \_\_\_\_\_

(21) 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

\_\_\_\_\_  
State

\_\_\_\_\_  
Signature of Claimant, or  
Claimant's Representative

\_\_\_\_\_  
Address

ON (DATE) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Phone Number

( ) Bills, invoices or estimates

( ) List of witnesses attached

**RECLAMO DE RESPONSABILIDAD CONTRA GOLD COAST TRANSIT**

Por danos personales y de bienes muebles  
(Codigo de Gobierno Secciones 905, 910, 190.2)

ATENCION: GERENTE GENERAL  
GOLD COAST TRANSIT  
301 E. THIRD ST.  
OXNARD, CALIFORNIA 93030-6048

Sello de hora/fecha GCT  
  
Recibido por: (indique)  
Correo Nacional \_\_\_\_\_  
Entrega personal \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

Tal reclamo debe entablarse ante el Genente General de Gold Coast Transit antes que transcuran 182 dias despues del accidente, evento o incidente ocurrido. Asegurese que tal, reclamo es solamente en contra de Gold Coast Transit y no otra entidad publica. El formulario ya completo debiera ser entregado a tiempo por correo o personalmente en la direccion antes mencionada. Si el espacio no le es suficiente para contestar las preguntas use otra hoja pero asegurese de indicar a que parrafo corresponde la informacion.

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

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

(A) Nombre, direccion (u oficina postal) del solicitante:

- (1) NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_
- (2) DIRECCION COMPLETA: \_\_\_\_\_  
Calle y # de apartamento Cd./Est./Cod. Postal
- (3) OTRA DIRECCION: \_\_\_\_\_  
(Apartado postal y otra direccion si la hay)
- (4) NUMEROS DE TELEFONO: \_\_\_\_\_  
Casa Trabajo
- (5) FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ (6) Padre/Tutor: \_\_\_\_\_  
(Si es menor de edad)
- (7) NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_
- (8) NUMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR: \_\_\_\_\_

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

(9) DIRECCION/AVISOS: \_\_\_\_\_

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

- (10) FECHA: \_\_\_\_\_ (11) HORA: \_\_\_\_\_
- (12) LUGAR: \_\_\_\_\_  
(Lugar exacto)
- (13) CIRCUNSTANCIAS:  
(Especifique detall adamente la ocurrencia, evento, acto or descuido que usted reclama causo herida or dano.)

\_\_\_\_\_

Pagina Dos

Reclamo de: \_\_\_\_\_

Evento de: \_\_\_\_\_

(D) Una descripción general de las deudas, obligaciones, heridas, danos or perdidas que usted ha sufrido hasta el momento de presentar este reclamo:

(14) LA NATURALEZA/DESCRIPCION DE LAS LESIONES O DANOS: \_\_\_\_\_

(15) SI NO HAY LESIONES, HAGALO SABER: \_\_\_\_\_

(E) El nombre o nombres del empleado o empleados publicos que causaron la lesion, danos or perdidas, si se sabe:

(16) NOMBRE(S): \_\_\_\_\_

(17) QUE ACTO O ACCION DE EMPLEADOS DE SCAT CAUSO LA LESION/DANO? \_\_\_\_\_

(F) La cantidad del reclamo: Hasta el momento de entablar el reclamo, con las mas precision posible, cual es la cantidad del reclamo, incluyendo la cantidad de una posible lesion, dano o perdida en el futuro, junto con la(s) de calculo de la cantidad reclamada:

(18) LA CANTIDAD RECLAMADA HASTA LA FECHA: \_\_\_\_\_

(19) PRESUPUESTO DE FUTUROS COSTOS: \_\_\_\_\_

(20) BASE DE COMPUTACION: \_\_\_\_\_

(21) CANTIDAD DEL RECLAMO: \_\_\_\_\_

(Incluyendo todas las perdidas por danos 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

\_\_\_\_\_  
Direccion

\_\_\_\_\_  
Numero de telefono

( ) Cuentas, facturas or presupuestos

( ) Lista de testigos adjunto