



Aviso de Reclamo Para Padres de Crianza o Cuidadores Parientes del Niño

(SCF Foster Parents/Relative Caregivers Notice of Claim)

Información sobre los padres de crianza o cuidadores parientes del niño

Nombre(s): _____ Número de proveedor: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 N° de teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____
 Nombre del niño bajo la custodia de DHS: _____ N° del caso: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Nombre de la sucursal: _____
 Nombre del trabajador: _____ N° de teléfono: _____
 Nombre del certificador: _____ N° de teléfono: _____
 Mi casa está certificada por: DHS u Otra agencia*: _____

***Si no ha sido certificado por el Department of Human Services o DHS, adjunte una copia del certificado.**

Fecha exacta de la pérdida: _____ Lugar donde ocurrió la pérdida: _____
 Describa en detalle cómo ocurrió la pérdida. Si necesita más espacio, por favor, adjunte otra hoja a esta página. _____

Envíe fotos y dos (2) presupuestos de reparaciones con su reclamo. Recuerde que tiene que entregar el reclamo al **Risk Management Division** (a la dirección abajo) dentro de **noventa (90) días** de la fecha de la pérdida.

Cosas dañadas o destruidas por la acción del niño bajo la custodia de DHS	Precio de compra	Fecha de compra	Costo de reparación o sustitución
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Lesión específica y forma en que ocurrió	Médico/Hospital	Costo del tratamiento
1.		
2.		

Dueño de la propiedad dañada y/o nombre de la persona lesionada (si no es el padre de crianza o el cuidador pariente del niño): _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 N° de teléfono : Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

LEA ANTES DE FIRMAR: La pérdida o daño que reclamo fue el resultado de los actos del niño nombrado arriba. Al presentar este reclamo, testifico que la declaración, los hechos presentados y los daños reclamados son verdaderos y exactos.

Firma del padre de crianza, cuidador pariente del niño o persona que hace este reclamo _____ Fecha _____
 Hay un plazo de 90 días a partir de la pérdida para presentar el aviso escrito de reclamo (ORS 30.298).

Fax: (503) 373-7337 Envíe su reclamo a:

Risk Management Division
1225 Ferry Street SE U150
Salem, Oregon 97301-4287

ESTE DOCUMENTO ESTA DISPONIBLE EN FORMATO ALTERNATIVO A PETICIÓN

Cómo presentar una demanda cuando un hijo de crianza lesiona a los padres de crianza o a los residentes, o daña su propiedad:

- La demanda se debe presentar ante Risk Management Division a más tardar a 90 días de ocurrido el evento.
- Los pagos no son mayores que el valor actual en efectivo de las pérdidas de propiedad o de las pérdidas 'económicas' causadas por una lesión.
- Económicas significa cuentas médicas, pérdidas de ingresos, y otros gastos de su bolsillo documentados.
- Si el daño o lesión fue accidental y no ocurrió intencionalmente, los pagos se limitan a \$5,000.00 por caso.
- Su propio seguro médico o de discapacidad paga primero las demandas por lesión. Nosotros pagamos primero las demandas por daño a la propiedad.

Para cualquier denuncia, pedimos la siguiente información:

- Un relato breve pero detallado de lo que ocurrió; ¿Quién, qué, cómo, por qué y dónde?
- El nombre y la edad del hijo de crianza.
- El nombre y el número de teléfono del trabajador del caso del niño.
- El número de teléfono donde usted puede recibir llamadas durante el día y la dirección de su casa.

Las demandas por daño a la propiedad también incluyen:

- Fotos del daño y recibos o presupuestos para reparación o recibos de la compra original. (Se le pueden devolver sus fotos y recibos si lo pide al entregarlos.)
- Si perdió los recibos, envíe una fotocopia de la página del manual del dueño o de la garantía que explique la cobertura. Díganos cuándo, dónde y a qué precio compró el artículo.
- Si el daño es estructural, provea uno o más presupuestos detallados para reparación. Los presupuestos deben incluir el nombre de la persona o empresa, la lista de materiales, y el precio de la mano de obra por hora. El total de estos costos debe ser igual al precio final.
- Guarde el artículo original dañado hasta que hayamos pagado, por si necesitamos hacer una inspección.

Las demandas por lesiones también incluyen:

- Copias de las cuentas médicas (con el nombre y la dirección del médico que lo atendió).
- Un formulario firmado de autorización para divulgar archivos médicos (nosotros podemos darle el formulario).
- Recibos de medicamentos de receta y gastos relacionados con el detalle de la compañía de seguros privada que indique los gastos cubiertos y no cubiertos.
- Una carta de su empleador que verifique los ingresos perdidos y la excusa escrita del médico que le indicó que no trabajara.
- Nombre, dirección, número de teléfono y número de póliza de su seguro privado de salud, de accidente, o de discapacidad.

Con esta información, su demanda se puede procesar rápidamente. Si tiene preguntas sobre una demanda o cobertura, llame a Risk Management Division al **(503) 373-RISK**. Queremos ayudarle a obtener un pago rápido y justo de todas las pérdidas cubiertas.