



TORT CLAIM PACKET (侵权损害赔偿包)

在填写并提交您的Tort Claim Form (侵权损害赔偿表)之前, 请仔细阅读本资料包中的所有信息。

Tort Claim Packet (侵权损害赔偿包)中所含文件

- Tort Claim Packet General Information (侵权损害赔偿包一般信息) (第 1 页)
- Tort Claim FAQ (侵权损害赔偿常见问题解答) (第 2 页)
- Tort Claim Form Instructions (侵权损害赔偿表说明) (第 3 页)
- 填写 Tort Claim Form (侵权损害赔偿表)并交回 Port of Seattle (西雅图港) (第 4-6 页)
- 应完整填写并将 Release of Protected Health Information (受保护健康信息发布)授权书并交回Port of Seattle (西雅图港) (如适用) (第 7-8 页)

提出 Tort Claim (侵权损害赔偿)的法律要求

为了验证索赔要求和支持信息, [RCW 4.96.020 \(3\)\(b\)](#) 要求签署 Tort Claim Form (侵权损害赔偿表):

- (i) 由索赔人核实索赔要求;
- (ii) 由根据书面授权书, 索赔人的实际代理人;
- (iii) 由获准代表索赔人在华盛顿州执业的律师; 或
- (iv) 由法院批准的监护人或诉讼监护人代表原告。

Tort Claim Forms (侵权损害赔偿表)可以通过电邮发送至 tortclaims@portseattle.org

或 Tort Claim Form (侵权损害赔偿表)和证明文件可以邮寄或亲手递交至:

Laricel Cambroner, 风险理赔经理 或
Jeff Hollingsworth, 风险经理 或
Ian Kohler, 风险理赔专员
Port of Seattle (西雅图港) – Pier 69 (69 号码头)
2711 Alaskan Way
Seattle, WA 98121

营业时间: 周一至周五上午 8:00 至下午 4:30, 周末和节日关闭。

如果您对理赔流程有更多疑问或要安排当面侵权损害赔偿交付, 请致电 (206) 673-7888。



TORT CLAIM FAQ (侵权损害赔偿常见问题解答)

什么是侵权损害赔偿？

侵权损害赔偿是针对您在事件/事故中可能遭受的损失、伤害或损害赔偿的请求。Port of Seattle (西雅图港) 审查所有侵权损害赔偿。您提交的记录可能受公开披露法律的约束。

我必须在多长的时间内提出索赔？

您必须在州诉讼时效内提出侵权损害赔偿。必须在提起诉讼至少 60 天前向 Port of Seattle (西雅图港) 提交 Tort Claim Form (侵权损害赔偿表)。

我在发生事故时填写了一份报告；还需要提出索赔吗？

是的，如果您想对 Port of Seattle (西雅图港) 提出索赔，需要一份 Tort Claim Form (侵权损害赔偿表)。

我受伤了。谁来支付我的医疗费用？

港口不会像传统保险公司处理索赔的方式那样自动支付医疗费用。您承担所有相关医疗费用。如果您认为 Port of Seattle (西雅图港) 对您的伤害负有责任，您必须提交 Tort Claim Form (侵权损害赔偿表)。

我如何检查索赔状态？

您的文件将分配给一个理算员，他们是提供索赔要求状态的最佳人选。如果您没有理算员的联系信息，请在一般工作时间（周一至周五上午 8:00 至下午 4:30）致电 (206) 673-7888 联系 Port of Seattle Risk Management (西雅图港风险管理部)。我们将尽一切努力在收到来电后的 1-2 个工作日内回电。

如果我的索赔被拒并且我不同意该结果怎么办？

如果您有更多信息来证实您的索赔要求，请向您的理算员出示任何新证据，他们可以确定是否有必要重新开启审查您的文件。您也可以自费咨询律师以了解其他选择。

如果我的索赔被提交给第三方会怎样？

理算员可能会决定您在索赔表中引用的指控属于与 Port of Seattle (西雅图港) 不同的另一方的责任和监督。理算员会将您的文件提交给该方进行处理。一旦港口的投标被第三方接受，港口将通知您新的联系人。第三方将接管调查并对您的索赔做出最终决定。

我可以在哪里获得翻译协助？

请在一般工作时间（周一至周五上午 8:00 至下午 4:30）致电 (206) 673-7888 联系 Port of Seattle Risk Management (西雅图港风险管理)。我们将尽一切努力在收到来电后的 1-2 个工作日内回电。

TORT CLAIM FORM INSTRUCTIONS (侵权损害索赔表说明)

在提交 Tort Claim Form (侵权损害索赔表)之前, 请阅读以下信息。打字或用墨水写书清楚。

<p>申请人信息</p>	<p>输入提出索赔的个人、公司或实体的名称。基于 RCW 4.96.02(3)(a) 要求索赔人的姓名、出生日期和联系信息, 以及索赔人在提出索赔时和索赔发生时的实际住所。</p>
<p>INCIDENT INFORMATION (事件信息)</p>	<p>RCW 4.96.020(3)(a): 要求以下内容:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 对造成伤害或损害的行为和情况的描述; • 受伤或损坏的描述; • 伤害或损害发生的时间和地点的陈述 (<i>如果造成损害的事件发生在一段时间内, 请提供开始和结束日期。</i>); • 所有相关人员的姓名列表和联系信息 (如果已知); • 索赔金额的声明 <p>提供所有要求的信息、任何其他受害方的姓名以及支持您索赔的任何可用文件或证据, 例如医疗记录或人身伤害账单、照片、财产损失的所有权证明、维修收据、工资损失信息, 以及其他适当的文件。 <i>如果您需要额外的空间, 请附上额外的页面。</i></p>
<p>签名</p>	<p>为了核实索赔要求和支持信息, RCW 4.96.020 (3)(b) 要求签署 Tort Claim Form (侵权损害索赔表):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 由索赔人核实索赔要求; • 由根据书面授权书, 索赔人的实际代理人; • 由获准代表索赔人在华盛顿州执业的律师; 或 • 由法院批准的监护人或诉讼监护人代表原告。 <p><i>如果此表格由索赔人以外的人签署, 请同时印刷体签署人的姓名和职位。</i></p>
<p>授权发布 Protected Health Information (受保护的 健康信息)</p>	<p>如果您提出人身伤害索赔, 请签署并附上 Medical Release form (医疗同意书)。</p>



TORT CLAIM FORM (侵权损害索赔表)

根据章节 [4.96 RCW](#), 此表格用于对 Port of Seattle (西雅图) 港提出侵权损害索赔。根据 Public Disclosure Act 《公开披露法》([RCW 42.56](#)), 本表格要求的部分信息以及任何证明文件可能需要公开披露。

Tort Claim Forms (侵权损害索赔表) 可以通过电邮发送至 tortclaims@portseattle.org

或 Tort Claim Form (侵权损害索赔表) 和证明文件可以邮寄或亲手递交至:

Laricel Cambroner, 风险理赔经理 或
Ian Kohler, 风险理赔专员 或
Jeff Hollingsworth, 风险经理
Port of Seattle (西雅图港)
P.O. Box 1209
Seattle, WA 98111

营业时间: 周一至周五上午 8:00 至下午 4:30
周末和节日关闭。

申请人信息

如果个人

索赔人姓名: _____
姓 名 中间名

出生日期: _____

如果企业/实体

企业/实体名称: _____

代表姓名和职位: _____

目前的地址: _____

邮寄地址 (如果不同): _____

事发时的地址: _____

电话号码: _____ 个人 企业

电邮地址: _____



TORT CLAIM FORM (侵权损害索赔表)

INCIDENT INFORMATION (事件信息)

事件日期: _____

事发时间: _____

事发地点: _____

造成伤害或损害的行为或情况的描述:

受伤或损坏的描述:

所有参与或目击此事件的人员以及所有了解此事件的Port of Seattle (西雅图港)员工的姓名、地址和电话号码:

所有尚未确定身份但了解有关情况的个人的姓名、地址和电话号码, 这些个人了解此事件中涉及的责任问题或了解索赔人的损失。请简要说明每个人的知识的性质和范围。

此事件是否已向执法部门、Port of Seattle (西雅图港)或其他人员报告? 如果是, 请列出时间和对象。请附上执法案件编号和/或报告副本。



TORT CLAIM FORM (侵权损害索赔表)

医疗提供者的姓名、地址和电话号码。附上所有医疗报告和账单的副本。

您雇主的姓名、地址和电话号码。如果索赔工资损失，请说明您的职位和工资率。

索赔金额：\$ _____

请附上所有支持指控和索赔的文件。

本 Tort Claim Form (侵权损害索赔表) 必须由索赔人、持有索赔人书面授权书的人、索赔人的实际代理人、获准代表索赔人在华盛顿州执业的律师签署，或由代表索赔人的法院批准的监护人或诉讼监护人。

根据华盛顿州法律的伪证处罚，本人声明上述内容真实正确。

日期

签名

正楷姓名/职务



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (授权发布受保护的健康信息)

全名: _____

出生日期: _____

Medicare/Medicaid 受保人: 是 _____ 否 _____

本人特此授权披露本人的受保护健康信息，以便处理本人向Port of Seattle (西雅图港)提出的损害索赔。 请将所有记录的清晰副本发送至：

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

本人明白，通过签署本文件，我授权发布以下信息：

所有服务的完整病历，包括病史和体格检查；进度说明； x光报告； 住院治疗； 操作说明； 物理或其他疗法； 实验室和其他测试报告； 医师和医师助理医嘱； 护理笔记； 以及提供者指定作为其病历一部分的所有其他记录和参考资料。

HIV 检测结果和与 HIV 检测和/或治疗相关的信息。

精神、心理和行为健康记录，包括治疗记录、评估、检测文件和结果，以及与心理健康诊断和治疗相关的医疗记录。

酒精评估、测试、转诊和/或治疗记录。

药房处方和报告。

所有收到或发送的信件和文件，包括电邮、提及本人的治疗、与涉嫌性侵犯或性传播疾病相关的信息，包括测试结果。

紧急护理中心、门诊或其他门诊就诊信息。



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION
(授权发布受保护的健康信息)

妇科和/或产科信息。

为政府计划或由政府计划生成的所有客户记录，本人是其中的客户。确定项目和机构：

_____。

与本人的护理和治疗相关的财务记录。

本人了解以下内容：（请阅读并**签署**所有声明）

_____ 本人的记录受 HIPAA/PHI 法规（联邦法律）和Washington State Health Care Information Act (华盛顿州医疗保健信息法) ([RCW 70.02](#))的保护。

_____ 本人的健康信息可能会被 Port of Seattle (西雅图港)重新披露，并且评估和调查基于本人提交的索赔的目的而不受保护。

_____ 本人的医疗记录中要披露的具体信息可能包括与酒精、药物或其他受控物质使用、咨询转介和/或 HIV/AIDS 检测或治疗史相关的信息。

_____ 本人可以随时通过书面通知 Port of Seattle, Risk Management, (西雅图港风险管理部) 来撤销此授权。撤销将自Port of Seattle (西雅图港)收到撤销之日起生效。在撤销之前根据本授权获得的任何记录将被视为我授权发布。

_____ 本授权书将在我签署之日起九十 (90) 天后失效。本人还可以为此版本授权不同的时间范围以使其有效。

本授权的副本与原件一样有效。

_____ _____
日期 签名