



**DEPARTAMENTO DE POLICIA DE WYLIE
SOLICITUD PARA REPORTE DE ACCIDENTE**

**2000 N HWY 78
WYLIE, TEXAS 75098
972-442-8170 OFFICE
972-442-8173 FAX**

AVISO AL SOLICITANTE:

Solicitudes deben de hacerse por escrito o por correo de los EE.UU.

Copias de los reportes de accidente son \$6.00 dolares / Copias certificadas de los reports de accidente son \$8.00 dolares. Nosotros aceptamos dinero efectivo (cambio exacto), cheques, tarjetas de debito/credito son aceptadas, un cargo de \$3.00 dolares sera incluido en su carga total cuando usa una tarjeta de debito o credito.

INFORMACION DEL SOLICITANTE (por favor escriba la informacion)

FECHA: _____ NUMERO DE CASO (:si esta disponible) _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____ EMAIL: _____

Por favor certifique como es que usted esta directamente interesado en el accidente automovilistico o tiene un interes adecuado en el marcando la casilla correspondiente a continuacion:

<input type="checkbox"/> Conductor	<input type="checkbox"/> Peaton	<input type="checkbox"/> Pedalcyclista
<input type="checkbox"/> Pasajero	<input type="checkbox"/> Empleador del conductor	<input type="checkbox"/> Padre / guardian legal del conductor
<input type="checkbox"/> Dueno del vehiculo o propiedad danada	<input type="checkbox"/> Tomador del seguro o persona con responsabilidad financiera por el vehiculo	<input type="checkbox"/> Compania de Seguros del vehiculo o persona involucrada
<input type="checkbox"/> Servicio de mensajeria para la compania de seguros	<input type="checkbox"/> Estacion de Radio o Television que tiene licencia de la FCC	<input type="checkbox"/> Periodico (clasificado bajo la seccion 550.065(c)(4)(K))
<input type="checkbox"/> Representante legal de:	<input type="checkbox"/> Otra persona interesada o persona teniendo interes apropiado el el accidente	<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores

Mi nombre es _____, mi fecha de nacimiento es _____,
y mi direccion es _____, EE. UU. Yo declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto. Ejecutado en el condado de _____, El Estado de _____, el dia _____ del mes de _____, 20_____.

Firma

INFORMACION DEL ACCIDENTE (por favor escriba la informacion)

1. NOMBRE DEL CONDUCTOR: _____ FECHA DEL ACCIDENTE: _____

3. LOCACION DE ACCIDENTE: _____

El Departamento de Policia de Wylie se adhiere a los requisitos del Capitulo 550 del Codigo de Transporte de Texas con respecto a la informacion que se entrega en el reporte de accidente y las tarifas aplicables.

OFFICE USE ONLY

Released by: _____ Information provided: _____

Method of payment: cash: _____ check #: _____ debit/credit card: _____ receipt #: _____