



DENVER COUNTY COURT



DENVER
THE MILE HIGH CITY

WAIVER OF LIABILITY FORM **FORMULARIO DE RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD**

EMERGENCY INFORMATION **(INFORMACIÓN DE EMERGENCIA)**

NAME (NOMBRE)	
CASE NUMBER (NO. DE CASO)	
EMERGENCY CONTACT NAME (NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA)	
EMERGENCY CONTACT NUMBER (TELÉFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA)	
MEDICAL INSURANCE PROVIDER (PROVEEDOR DE SEGURO MÉDICO)	

Please read the following information then sign and date at the bottom of the page.

- I understand that I am responsible for all medical bills if injured while performing public service work. Further, I am personally liable for any willful act that may cause injury to a city employee or a member of the public.
- Personal liability may also extend for any willful act that may cause property damage to the city or damage public or private property.
- In an emergency I will be taken to the nearest medical facility.
- In the event I am incapacitated my next of kin/guardian will be notified.
- If I am not medically insured I will be taken to Denver Health and Hospital.

Favor de leer la siguiente información, luego firme y escriba la fecha en el pie de la página.

- Entiendo que soy responsable de todas las cuentas médicas si me lastimo al desempeñar trabajo para la comunidad. Además, soy personalmente responsable por cualquier acto deliberado que pueda causar lesiones a un empleado municipal o miembro del público.
- La responsabilidad personal también podrá aplicarse para cualquier acto deliberado que pueda ocasionar daños a los bienes de la ciudad o a los bienes públicos o privados.
- En caso de emergencia, me llevarán al centro médico más cercano.
- En caso de incapacidad, se le notificará a mi pariente o tutor más cercano.
- Si no cuento con seguro médico me llevarán al hospital *Denver Health*.

SIGNATURE (FIRMA)

DATE (FECHA)

PARENT SIGNATURE (FIRMA DEL PADRE/MADRE)