



NEW YORK CITY COMPTROLLER
BRAD LANDER

المطالبات

في مدينة نيويورك

من خلال مكتب المراقب المالي

فبراير ٢٠٢٤



تم عمل هذا الكتيب الإعلامي كخدمة عامة لمساعدة أصحاب المطالبات في تقديم الدعوات ضد مدينة نيويورك. لا يُقصد من المعلومات الواردة هنا، بأي شكل من الأشكال، أن تكون إستشارة قانونية. وعلى الرغم من أنك لا تحتاج إلى محامياً لتقديم مطالبة ضد المدينة إلا أنه على أصحاب الدعوات والمطالبات التفكير في طلب إستشارة قانونية من محامي.

المحتوى

1	ما هي المطالبة؟
1	تقديم المطالبة
2	التحقيق في المطالبة
2	العروض والتسويات وعدم السماح او رفض المطالبة
3	نصائح لتقديم المطالبة ونماذج المطالبات
3	➤ تقديم نموذج المطالبة الورقية
4	➤ تقديم نموذج المطالبة الإلكترونية
4	➤ توثيق المطالبة
4	➤ لغة نموذج المطالبة
5	النموذج الخاص بالإصابات الشخصية
10	نموذج المطالبة بالتوظيف بالمدينة
13	نموذج المطالبة بأضرار التلفيات بسبب المياه
20	نموذج المطالبة بالأضرار المتعلقة بالمركبات
26	نموذج المطالب الخاص بخسائر الممتلكات الشخصي

ما هي المطالبات؟

المطالبات او المرفوعة ضد مدينة نيويورك (المدينة) هي إدعاء بأنك أو إى من ممتلكاتك قد تعرضت للتلف أو الخسارة بسبب شيء ما فعلته المدينة أو لم تقم له على الوجه المطلوب . لتقوم بالدعوة على المدينة عليك أولاً ملأ إستمارة الدعوة

يتطلب القانون من الشخص الذي لديه دعوى ضد المدينة (المدعي) تقديم طلب للدعوى إلى مكتب المراقب المالي قبل رفع دعوى قضائية في المحكمة. يجب تقديم إستمارة بالمطالبة إلى مكتب المراقب المالي خلال 90 يوماً من وقوع الحادث. ويسمح القانون لمكتب المراقب المالي بالتحقيق في المطالبات وتقييمها، وتقديم تسوية مبكرة لهذه الدعاوى القضائية في حالة إذا ظهر في التحقيق أن المدينة قد تكون مسؤولة عن الأضرار المذكورة في الدعوى

وقد تتحمل المدينة المسؤولية عن تلك الأضرار التي كانت نتيجة إما لإهمال أو إغفال أو إجراء غير قانوني . سواء كانت هذه الأضرار وقعت على المدعي أو على أي من ممتلكاته. ولكن ليس معنى هذا أن المدينة مسؤولة عن جميع الإصابات والأضرار. وسوف تتم مراجعة كل دعوة بشكل منفرد وموضوعي ، استناداً على الحقائق والقانون. وبشكل عام، فالمدينة ليست مسؤولة عن الإصابات أو الأضرار الناجمة عن أفعال الآخرين، أو ظروف لم تكون المدينة مسؤولة عنه فعلياً أو لم يكن لديها أى إشعار مسبق بها، أو قضاء وقدر على الرغم من أنه يجب على المدعي تقديم إستمارة الدعوى إلى مكتب المراقب المالي في غضون 90 يوماً من وقوع الحادث، إلا أنه لا يتعين على المدعي تسوية مطالبتك من خلال مكتب المراقب المالي بعد مرور ٣٠ يوم من تقديم المطالبات

وإذا امتثلت أمام المراقب المالي لعقد جلسة استماع لمدة 50 ساعة ، (بعد حلف اليمين)، فيمكنك رفع دعوى قضائية في المحكمة . كما ينبغي رفع الدعاوى القضائية في المحكمة خلال سنة و90 يوماً من تاريخ وقوع الحادث

يرجى ملاحظة أن عملية تقديم المطالبات لا توفر الوصول إلى موارد الإغاثة في حالات الكوارث. ويمكن ان تكون هذه الموارد متوفرة لدى مراكز اخرى تابعة للمدينة أو الولاية أو الوكالات الفيدرالية أو المنظمات غير الربحية. يمكن معرفة المراكز والمنظمات التي توفر الإغاثة والمساعدات الطارئة في مدينة نيويورك من خلال هذا الموقع

(<https://www1.nyc.gov/site/em/resources/tips-links.page>)

تقديم طلبات الدعاوى

يجب تقديم طلب الدعوة خلال 90 يوماً من وقوع الحادث .

يمكن تقديم المطالبات عبر الإنترنت من خلال موقع المراقب المالي شخصياً، أو عن طريق البريد المسجل أو المعتمد. ولكن لا يمكن تقديمه خلال البريد الإلكتروني.

يوجد عدد مختلف من نماذج طلبات الدعوى وكلها متاحة على الموقع التالي

(<https://comptroller.nyc.gov/services/for-the-public/claims/e-filing/>)-

ومرفق في الجزء الخلفي من هذا الكتيب الإستخدامات المختلفة للنماذج على النحو التالي

- نموذج المطالبة الخاص بالإصابة الشخصية في حالة إذا كان سبب الدعوة إصابة شخصية
- نموذج المطالبة بالتوظيف في المدينة إذا كانت مطالبتك تتضمن شروط وأحكام عمك كموظف في مدينة نيويورك

- نموذج المطالبة بتعويض اضرار المياه إذا كانت مطالبتك تتعلق بإعادة بناء الصرف الصحي أو انقطاع المياه مثلاً .
- نموذج المطالبة بالأضرار التي لحقت بالمركبة إذا كانت مطالبتك تتضمن تلفاً للمركبة الخاصة بك
- نموذج الخسائر في الممتلكات وهي الأضرار والخسائر المتعلقة بتلف أو ضرر للممتلكات الشخصية بشكل عام .

للأسئلة بخصوص كيفية تقديم المطالبات، يرجى الرجوع إلى موقعنا الإلكتروني للحصول على إجابات للأسئلة المتداولة

<https://comptroller.nyc.gov/services/for-the-public/claims/general-faqs>

community action أو يمكنك الاتصال بمركز

على الرقم ٢١٢ ٦٦٩ ٣٩١٦

أو عن طريق البريد الإلكتروني

action@comptroller.nyc.gov

أو من خلال موقعنا على الإنترنت على العنوان الإلكتروني

<https://comptroller.nyc.gov/about/contactour-office>

عند تقديم إشعار المطالبة، سيتم إعطائك رقم المطالبة وإرساله إلى المدعي. يجب ذكر رقم الدعوى أو إدراجه في جميع الاتصالات التي ستقوم بها مع مكتب المراقب المالي لاحقاً .

يمكنك تقديم الدعوى بنفسك أو الإستعانة بمحامٍ للقيام بذلك نيابةً عنك. يقوم مكتب المراقب المالي بتسوية المطالبات بشكل منتظم مع المطالبين بشكل شخصي أو بواسطة محامٍ على حد سواء .

التحقيق في المطالبة

بعد تقديم نموذج المطالبة. يقوم مكتب المراقب المالي بالتحقيق لمعرفة إذا ما كان إهمال المدينة أو أفعالها غير القانونية قد تسببت في الأضرار وإيضاً لتحديد القيمة المناسبة والمعقولة للأضرار طبقاً للقانون . يتضمن التحقيق جمع معلومات من المدعي ومن وكالة المدينة المعنية والمصادر الأخرى ذات الصلة. و باعتبارك مقدم الدعوى ، قد يُطلب منك معلومات لدعم مطالبتك، على سبيل المثال صور فوتوغرافية للخسائر وفواتير وإيصالات وتقديرات و/أو معلومات التأمين و/أو التقارير الطبية. قد يُطلب منك الحضور في جلسة استماع مدتها 50 ساعة (مقابلة تتضمن حلف اليمين) للإدلاء بشهادتك بشأن دعواك قد يتم الأتصال بك ايضاً لتحديد موعد لفحص الممتلكات المتضررة محل الدعوة

علماً بأن كل تحقيق له خاصية مختلفة طبقاً لطبيعة المطالبة وظروفها. فقد يستغرق التحقيق بعض الوقت. وذلك لأن التحقيقات تتضمن الحصول على معلومات من مصادر خارجية أيضاً ، فإن الوقت اللازم للتحقيق في المطالبة وحلها يختلف من دعوى إلى أخرى والحد الأقصى للتحقيق لمكتب المراقب المالي لتسوية المطالبات هي سنة واحدة و90 يوماً من تاريخ الحادث.

وفي بعض الأحيان، لا يمكن الإنتهاء من التحقيق في هذه المدة الزمنية ولن يستطيع مكتب المراقب المالي التسوية في المدة المحددة . من أجل الاستمرار في مطالبتك، يجب عليك رفع دعوى قضائية في المحكمة خلال سنة و90 يوماً من تاريخ الحادث .

العروض والتسويات ورفض الدعاوى

إذا تقرر أن المدينة ليست مسؤولة قانونياً عن الضرر، فسوف يرفض مكتب المراقب المالي مطالبتك. يمكن لأصحاب الدعاوى الاستمرار في مطالباتهم بشكل أكبر عن طريق رفع دعوى قضائية في المحكمة. يجب رفع الدعاوى القضائية أمام المحكمة خلال سنة و90 يوماً من تاريخ وقوع الحادث .

وفي حالة إذا تقرر أن المدينة قد تكون مسؤولة عن الضرر، فقد يعرض عليك مكتب المراقب المالي تسوية عن طريق إرسال خطاب للتسوية إليك ، أو عن طريق الاتصال بك مباشرةً لعرض تسوية ثم إرسال خطاب تسوية إليك بعد التفاهم معك وأخذ موافقة شفوية

منك على التعويض . وسيتم التسوية عن طريق الإفراج ، وهو مستند قانوني توافق فيه على التوقف عن مطالبتك ودعواك ضد المدينة في مقابل التعويض عن الأضرار والحصول على مبلغ التسوية المعروض.

يمكنك قبول عرض التسوية من خلال التوقيع على الإصدار وإعادته خلال 30 يومًا . إذا قمت بإرسال أو تسليم خطاب التسوية الموقع ، فسيتم إرسال التعويض إليك عن طريق البريد . وفي حالة رغبتك في مناقشة عرض التسوية أو طلب مزيد من الوقت للتفكير في العرض المقدم كتعويض ، فيمكنك الاتصال بمكتب المراقب المالي . سيتم النظر في طلبك بناءً عن المعلومات التي تضمنها اتصالك عن طريق الموظف المسؤول عن خطاب التعويض والتسوية الخاص بك .

لن يتم تسوية جميع المطالبات مع مكتب المراقب المالي

إذا كنت لا ترغب في متابعة أو الاستمرار في المطالبة الخاصة بك من خلال مكتب المراقب المالي ، أو إذا كان مكتب المراقب المالي غير قادر على تقديم تسوية أو إذا كان قد تم رفض مطالبتك ، أو إذا تعذر التوصل إلى تسوية مع مكتب المراقب المالي ، فيمكنك الاستمرار في مطالبتك من خلال دعوة قضائية في المحكمة . ويضع القانون مواعيد نهائية محددة و صارمة لرفع دعوى قضائية ضد المدينة أمام المحكمة . ويجب عليك الإنتظار لمدة 30 يومًا بعد تقديم إشعار المطالبة والموافقة على طلب من المراقب المالي لعقد جلسة إستماع لمدة 50 ساعة (مقابلة تحلف فيها اليمين) قبل رفع دعوى قضائية أمام المحكمة . يجب رفع الدعاوى القضائية أمام المحكمة خلال سنة و90 يومًا من تاريخ وقوع الحادث.

إذا لم تتم تسوية مطالبتك ، وكنت تريد أن تستمر في مطالبتك ضد المدينة ، فيجب عليك رفع دعوى قضائية خلال عام واحد و90 يومًا من وقوع الحادث . ولا يمكن لمكتب المراقب المالي تسوية المطالبات بعد مرور سنة و90 يومًا أو بعد رفع الدعوى .

علما بأن عروض التسوية والتعويضات لا تشكل اعترافا من المدينة بالمسؤولية .

نصائح لتقديم الدعوى ونماذج المطالبة

➤ تقديم نموذج المطالبة الورقية

مرفق نسخ من نماذج الإصابات الشخصية ، وطلبات التوظيف في المدينة ، ونماذج للطالبات المتعلقة بالأضرار بسبب المياه ، ونماذج الأضرار في المركبات الخاصة ونماذج المطالبة بتعويض أضرار أو خسائر الممتلكات الخاصة بشكل عام ، ويجب أن تكون نماذج المطالبة الورقية موثقة . ويمكن تقديم نموذج المطالبة الورقية شخصيًا في العنوان التالي :-

1 Center Street, Room 1225, New York, NY 10007

أو عن طريق البريد المسجل أو المعتمد إلى مكتب المراقب المالي لمدينة نيويورك ،

1 Center Street, Room 1225, New York, NY 10007.

إذا لم يتم توثيق نموذج المطالبة الورقية الخاص بك و/أو تقديمه بشكل صحيح ، فقد يؤدي ذلك إلى رفض مطالبتك . يرجى ملاحظة أن مكتب المراقب المالي لا يمكنه توثيق نموذج المطالبة الخاص بك أو عمل نسخ من نموذج المطالبة والوثائق الداعمة . يرجى التأكد من توثيق نموذج المطالبة الخاص بك وعمل أي نسخ تحتاجها لسجلاتك قبل الحضور إلى مكتب المراقب المالي

➤ تقديم المطالبة الإلكترونية

يمكنك أيضًا تقديم المطالبة عبر الإنترنت الخاص بالمراقب المالي.

ونحن نشجع على استخدام البريد الإلكتروني لضمان السرعة وكذلك لا يتطلب توثيق . يرجى إرسال المطالبات عبر الموقع الإلكتروني الخاص بالمراقب المالي على

<https://comptroller.nyc.gov/services/forthe-public/claimse-filing/>

➤ توثيق المطالبات

إذا كان لديك صور فوتوغرافية، أو تقارير شرطة، أو فواتير، أو تقديرات مالية، أو إيصالات، أو مستندات، أو تقييمات، أو تقارير طبية، أو أوراق تأمين، أو أي وثائق أخرى تدعم مطالبتك، فإننا نوصي بتقديم هذه المستندات عند تقديم مطالبتك. يمكنك إرسال نسخ ورقية من أي مستندات مع نموذج المطالبة الخاص بك عند التقديم شخصيًا أو عن طريق البريد المسجل/المعتمد. يمكنك أيضًا تحميل الوثائق الداعمة في نظام تقديم المطالبة الإلكترونية عند تقديم مطالبتك إلكترونيًا. إذا كانت لديك مستندات إضافية ترغب في إرسالها بعد تقديم مطالبتك، فيرجى الاتصال بمسؤول ملف المطالبة الخاص بك

➤ لغة طلب الدعوى

يجب ملأ إستثمارات المطالبة باللغة الإنجليزية وذلك وفقا لقواعد القانون السائد في مدينة نيويورك رقم §2101(ب)، كذلك يجب أن تكون جميع الأوراق المقدمة فيما يتعلق التقاضي في محاكم المدنية في نيويورك باللغة الإنجليزية أيضاً.



Personal Injury Claim Form

A claim must be filed in person or by registered or certified mail within 90 days of the occurrence at the NYC Comptroller's Office, located at 1 Centre Street, Room 1225, New York, NY 10007. The claim form must be notarized. If the claim is not resolved within one (1) year and 90 days of the occurrence, you must start a separate legal action in a court of law before the expiration of this time period to preserve your rights.

TYPE OR PRINT

- I am filing:** On behalf of myself.
 On behalf of someone else. If on someone else's behalf, please provide the following information.

Last Name:

First Name:

Relationship to the claimant:

Claimant Information

*Last Name:

*First Name:

Address:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Country:

Date of Birth: *Format: MM/DD/YYYY*

Soc. Sec. #

HICN:
(Medicare #)

Date of Death: *Format: MM/DD/YYYY*

Phone:

Email Address:

Occupation:

- City Employee? Yes No NA
- Gender Male Female Other

- Attorney is filing.

Attorney Information (If claimant is represented by attorney)

Firm or Last Name:

Firm or First Name:

Address:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Tax ID:

Phone #:

Email Address:



The time and place where the claim arose

*Date of Incident:	<input type="text"/>	<i>Format: MM/DD/YYYY</i>
Time of Incident:	<input type="text"/>	<i>Format: HH:MM AM/PM</i>

*Location of Incident:

Address:

Address 2:

City:

State:

Borough:

***Manner in which claim arose:**

Attach extra sheet(s) if more room is needed.

The items of damage or injuries claimed are (include dollar amounts):

Attach extra sheet(s) if more room is needed.



Medical Information

1st Treatment Date: *Format: MM/DD/YYYY*

Hospital/Name:

Address:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Date Treated in
Emergency Room: *Format: MM/DD/YYYY*

Was claimant taken to hospital by an ambulance? Yes No NA

Employment Information (If claiming lost wages)

Employer's Name:

Address

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Work Days Lost:

Amount Earned
Weekly:

Treating Physician Information

Last Name:

First Name:

Address:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:



Witness 1 Information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Witness 4 Information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Witness 2 Information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Witness 5 Information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Witness 3 Information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Witness 6 Information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	



Complete if claim involves a NYC vehicle

Owner of vehicle claimant was traveling in

Last Name:

First Name:

Address

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Non-City vehicle driver

Last Name:

First Name:

Address

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Insurance Information

Insurance Company Name:

Address

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Policy #:

Phone #:

Non-City vehicle information

Make, Model, Year of Vehicle:

Plate #:

VIN #:

City vehicle information

Plate #:

City Driver Last Name:

City Driver First Name:

Description of claimant:

- Driver Passenger
- Pedestrian Bicyclist
- Motorcyclist Other

***Total Amount Claimed:**

Format: Do not include "\$" or ",".

Date _____ Signature of Claimant _____

State of New York
County of _____

I, _____, being duly sworn depose and say that I have read the foregoing NOTICE OF CLAIM and know the contents thereof: that same is true to the best of my own knowledge, except as to the matter here stated to be alleged upon information and belief, and as to those matters. I believe them to be true.

Sworn before me this day _____

Signature of Claimant _____

Signature of notary _____



City Employment Claim Form

For most claims, a claim must be filed in person or by registered or certified mail within 90 days of the occurrence at the NYC Comptroller's Office, located at 1 Centre Street, Room 1225, New York, NY 10007. The claim form must be notarized. If the claim is not resolved within one (1) year and 90 days of the occurrence, you must start a separate legal action in a court of law before the expiration of this time period to preserve your rights.

TYPE OR PRINT

I am filing: On behalf of myself.

On behalf of someone else. If on someone else's behalf, please provide the following information:

Last Name:
First Name:
Relationship to the claimant:

Claimant Information

*Last Name:
*First Name:
*Address:
Address 2:
*City:
*State:
*Zip Code:
*Country:
Date of Birth: *Format: MM/DD/YYYY*
Soc. Sec #:
*Phone:
*Email Address:

Occupation:
Current City Employee? Yes No NA
Current Agency:

Gender: Male Female Other

Attorney is filing.

Attorney Information (if represented by attorney)

+ Firm or Last Name:
+ Firm or First Name:
+ Address:
Address 2:
+ City:
+ State:
+ Zip Code:
Tax Id:
+ Phone:
+ Email Address:

The time and place where the claim arose

*Incident Date from: *Format: MM/DD/YYYY*
*Incident Date to: *Format: MM/DD/YYYY*
*Incident Location:
Address:
Address 2:
City:
State:
Borough:

* Denotes required fields.
+ Denotes field that is required if Attorney is filing.



***Nature of Claim/Description of Claim**

Attach extra sheets if more room is needed.

What agency/employer are you making this claim against?

*Agency:

Address:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Work days lost:

Amount Earned Weekly:

Amount Earned Yearly:

Were you employed by a City Contractor at the time of claimed occurrence? Yes No

++Contractor Name:

**Denotes required field*

++Denotes field that is required if you were employed by a City Contractor.



Salary/Benefit Claimed Damages

Date From: Date To: Amount:

Overtime:			
Compensatory time:			
Differential:			
Annual Leave/Vacation:			
Sick Leave:			
Salary:			
Total:			

Additional Claimed Damages

Amount:

Specify:		
Specify:		
Specify:		
Specify:		
Specify:		
Total:		

***Total Claimed Amount:**

_____ Date Signature of Claimant

State of New York, County of _____

I, _____ being duly sworn depose and say that I have read the foregoing NOTICE OF CLAIM and know the contents thereof: that same is true to the best of my own knowledge, except as to the matter here stated to be alleged upon information and belief, and as to those matters. I believe them to be true.

Sworn before me this day _____

Signature of Claimant _____ Signature of notary _____

*Denotes field that is required.



Water Damage or Loss Claim Form

A claim must be filed in person or by registered or certified mail within 90 days of the occurrence at the NYC Comptroller's Office, located at 1 Centre Street, Room 1225, New York, NY 10007. The claim form must be notarized. If the claim is not resolved within one (1) year and 90 days of the occurrence, you must start a separate legal action in a court of law before the expiration of this time period to preserve your rights.

TYPE OR PRINT

- I am filing:** On behalf of myself.
 On behalf of someone else. If on someone else's behalf, please provide the following information.

Last Name:

First Name:

Relationship to the claimant:

Claimant Information

*Last Name:

*First Name:

Address:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Country:

Date of Birth: *Format: MM/DD/YYYY*

Soc. Sec. #

Date of Death: *Format: MM/DD/YYYY*

Phone:

Email Address:

Occupation:

City Employee? Yes No NA

Gender Male Female Other

- Attorney is filing.

Attorney Information (If claimant is represented by attorney)

Firm or Last Name:

Firm or First Name:

Address:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Tax ID:

Phone #:

Email Address:



The time and place where the claim arose

*Date of Incident:	<input type="text"/>	<i>Format: MM/DD/YYYY</i>	Address:	<input type="text"/>
Time of Incident:	<input type="text"/>	<i>Format: HH:MM AM/PM</i>	Address 2:	<input type="text"/>
*Location of Incident:	<input type="text"/>		City:	<input type="text"/>
			State:	<input type="text"/>
			Borough:	<input type="text"/>

***Manner in which claim arose:**

Attach extra sheet(s) if more room is needed.

DETAILED DESCRIPTION OF DAMAGED ARTICLES	DESCRIBE NATURE AND EXTENT OF DAMAGES	DATE OF PURCHASE	WHERE PURCHASED	COST AT TIME OF PURCHASE	AMOUNT CLAIMED

Do you have any photos depicting damage? Yes No
 If "Yes" then please add as an attachment to this claim.

(Continued - Attach extra sheet(s) if more room is needed.)

DETAILED DESCRIPTION OF DAMAGED ARTICLES	DESCRIBE NATURE AND EXTENT OF DAMAGES	DATE OF PURCHASE	WHERE PURCHASED	COST AT TIME OF PURCHASE	AMOUNT CLAIMED

Do you have any photos depicting damage? Yes No
If "Yes" then please add as an attachment to this claim.



Witness 1 Information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Witness 4 Information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Witness 2 Information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Witness 5 Information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Witness 3 Information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Witness 6 Information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	



Water Damage Information

Choose the cause of the damage:

- Watermain Break
- Sewer Overflow
- Street Flooding
- Erroneous Three-day Notice
- Other

Did you report the incident to the Department of Environmental Protection or another City Agency? Yes No

Date Reported: *Format: MM/DD/YYYY*

Complaint Number:

Choose which describes your property:

- APT. Building
- Retail Store
- Private House
- Commercial Building
- Other (Describe below)

For the property, do you own or rent

If there are is any History of Water Damage please give the date(s).

City Claim # (s), if any:

Was it raining at the time of the incident? Yes No

What was the highest level of the water in the premises?

How was the water removed?

Indicate how the water entered the property. Check one or more.

- Basement Trap
- Toilet
- Sink
- Bathtub
- Foundation
- Walls
- Cellar Door
- Sidewalk Gratings
- Other (Describe below)

How long was the water in the premises?

If there was structural damage to the property please describe in detail.

If any damaged property was sold at salvage indicate the amount received and from whom.



Water Damage Information

Have you filed a claim with any other parties? If so, please provide name and address.

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Insurance Coverage (if any)

Insurance Company	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	
Amount Paid:	
Policy Limit:	

***Total Amount Claimed:**

Format: Do not include "\$" or ",".

_____ Date

_____ Signature of Claimant

State of New York
County of _____

I, _____, being duly sworn depose and say that I have read the foregoing NOTICE OF CLAIM and know the contents thereof: that same is true to the best of my own knowledge, except as to the matter here stated to be alleged upon information and belief, and as to those matters. I believe them to be true.

Sworn before me this day _____

Signature of Claimant _____

Signature of notary _____



Vehicular Property Damage Claim Form

A claim must be filed in person or by registered or certified mail within 90 days of the occurrence at the NYC Comptroller's Office, located at 1 Centre Street, Room 1225, New York, NY 10007. The claim form must be notarized. If the claim is not resolved within one (1) year and 90 days of the occurrence, you must start a separate legal action in a court of law before the expiration of this time period to preserve your rights.

TYPE OR PRINT

- I am filing:** On behalf of myself.
 On behalf of someone else. If on someone else's behalf, please provide the following information.

- Attorney is filing.

Last Name:

First Name:

Relationship to the claimant:

Attorney Information (If claimant is represented by attorney)

Firm or Last Name:

Firm or First Name:

Address:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Tax ID:

Phone #:

Email Address:

Claimant Information

*Last Name:

*First Name:

Address:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Country:

Date of Birth: *Format: MM/DD/YYYY*

Soc. Sec. #

HICN:
(Medicare #)

Date of Death: *Format: MM/DD/YYYY*

Phone:

Email Address:

Occupation:

- City Employee? Yes No NA
- Gender Male Female Other



The time and place where the claim arose

*Date of Incident:	<input type="text"/>	<i>Format: MM/DD/YYYY</i>	Address:	<input type="text"/>
Time of Incident:	<input type="text"/>	<i>Format: HH:MM AM/PM</i>	Address 2:	<input type="text"/>
*Location of Incident:	<input type="text"/>		City:	<input type="text"/>
			State:	<input type="text"/>
			Borough:	<input type="text"/>

***Manner in which claim arose:**

Attach extra sheet(s) if more room is needed.

The items of damage claimed are (include dollar amounts):

Attach extra sheet(s) if more room is needed.



Witness 1 Information

Last Name:

First Name:

Address

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Witness 4 Information

Last Name:

First Name:

Address

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Witness 2 Information

Last Name:

First Name:

Address

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Witness 5 Information

Last Name:

First Name:

Address

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Witness 3 Information

Last Name:

First Name:

Address

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Witness 6 Information

Last Name:

First Name:

Address

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Police Information

Police Officer Last Name:

Police Officer First Name:

Shield Number:

Precinct:

Report Number:

Do you have a copy of the Police Report? Yes No

AUTHORIZATION TO INSPECT AND APPRAISE YOUR VEHICLE'S DAMAGE

You must complete the following. By completing the following you are allowing us to inspect and appraise your vehicle.

Make, Model, Year of Vehicle:

Plate #:

VIN Number:

Mileage:

Location where the vehicle can be seen:

Phone:

* Denotes required field(s).



Vehicle information

Owner Last Name	
Owner First Name	
Make, Model, Year of Vehicle:	
Mileage	
Color	
Plate #:	

Driver information if different than claimant

Last Name:	
First Name:	
Address:	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	
Country:	
Phone:	
Email Address:	
Occupation:	
City Employee? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NA	
Gender <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female <input type="radio"/> Other	

NYC vehicle information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Vehicle Type:	
Plate #:	
Towed Away? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	

Insurance Information

Do you have collision insurance? Yes No

Did you report your accident to your insurance company? Yes No

Were you paid by your insurance company? Yes No

Is payment pending? Yes No

Deductible Amount:	
Insurance Company Name:	
Address:	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	
Policy #:	
Phone #:	
Agent Name:	

Tow Claims

Tow Date:		<i>Format: MM/DD/YYYY</i>
Tow Time:		<i>Format: HH:MM AM/PM</i>
Location vehicle was picked up at		
Receipt Number:		
Voucher Number:		

Was vehicle released or towed? Released Towed NA

Redemption Date:		<i>Format: MM/DD/YYYY</i>
Time of tow:		<i>Format: HH:MM AM/PM</i>
Location of tow:		
From:		
To:		

Towed by Sheriff or Marshall? Sheriff Marshall NA

District Attorney Release Number:	
-----------------------------------	--

* Denotes required field(s).



Conditions and description of accident/incident location

Choose the actions of the vehicle before the accident:

	Yours	NYC
Going straight ahead	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Making a right turn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Making a left turn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Making a U-turn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starting from a parked position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starting in traffic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slowing or stopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stopped in traffic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entered a parked position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parked	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoiding object in roadway	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overtaking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Backing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changing lanes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Roadway surface conditions - Check all that apply

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dry | <input type="checkbox"/> Snow or ice |
| <input type="checkbox"/> Wet | <input type="checkbox"/> Slush |
| <input type="checkbox"/> Construction (man-made cut) | <input type="checkbox"/> Muddy |
| <input type="checkbox"/> Potholes (wear & tear condition) | <input type="checkbox"/> Other |

Traffic Control

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> None | <input type="checkbox"/> Red - Green |
| <input type="checkbox"/> Red - Green - Yellow | <input type="checkbox"/> Stop Sign |
| <input type="checkbox"/> Flashing | <input type="checkbox"/> Not Working |
| <input type="checkbox"/> Person directing traffic | |

Weather Conditions

- | | | |
|--|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Clear | <input type="checkbox"/> Rain | <input type="checkbox"/> Fog/Smoke/Smog |
| <input type="checkbox"/> Sleet/Hail/Freezing/Rain/Snow | <input type="checkbox"/> Other | |

Accident Diagram: Choose one of these diagrams if it describes the accident.

<p>Left Turn</p> <p><input type="radio"/> 1</p>	<p>Rear End</p> <p><input type="radio"/> 2</p>	<p>Overtaking</p> <p><input type="radio"/> 3</p>
<p>Left Turn</p> <p><input type="radio"/> 4</p>	<p>Right Angle</p> <p><input type="radio"/> 5</p>	<p>Right Turn</p> <p><input type="radio"/> 6</p>
<p>Right Turn</p> <p><input type="radio"/> 7</p>	<p>Head On</p> <p><input type="radio"/> 8</p>	<p>Sideswipe</p> <p><input type="radio"/> 9</p>

None of these diagrams describes the accident.

Describe damage to your vehicle. Include:

What caused the accident?

Was the location under repair?

Were the repairs recently completed?

Does the defect appear to be man-made?

Name of Construction Company?

Was the defect next to a manhole? If yes, please specify which utility by name.

What are the measurements of the defect? (length, width, depth)

Large empty rectangular box for providing detailed information.

***Total Amount Claimed:**

Red-bordered box for entering the total amount claimed.

Format: Do not include "\$" or ",".

Date

Signature of Claimant

State of New York
County of

I, _____, being duly sworn depose and say that I have read the foregoing NOTICE OF CLAIM and know the contents thereof: that same is true to the best of my own knowledge, except as to the matter here stated to be alleged upon information and belief, and as to those matters. I believe them to be true.

Sworn before me this day _____

Signature of Claimant _____

Signature of notary _____

*** Denotes required field(s).**



Property Damage or Loss Claim Form

A claim must be filed in person or by registered or certified mail within 90 days of the occurrence at the NYC Comptroller's Office, located at 1 Centre Street, Room 1225, New York, NY 10007. The claim form must be notarized. If the claim is not resolved within one (1) year and 90 days of the occurrence, you must start a separate legal action in a court of law before the expiration of this time period to preserve your rights.

TYPE OR PRINT

- I am filing:** On behalf of myself.
 On behalf of someone else. If on someone else's behalf, please provide the following information.

Last Name:

First Name:

Relationship to the claimant:

Claimant Information

*Last Name:

*First Name:

Address:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Country:

Date of Birth: *Format: MM/DD/YYYY*

Soc. Sec. #

HICN:
(Medicare #)

Date of Death: *Format: MM/DD/YYYY*

Phone:

Email Address:

Occupation:

- City Employee? Yes No NA
- Gender Male Female Other

- Attorney is filing.

Attorney Information (If claimant is represented by attorney)

Firm or Last Name:

Firm or First Name:

Address:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Tax ID:

Phone #:

Email Address:



The time and place where the claim arose

*Date of Incident: *Format: MM/DD/YYYY*
Time of Incident: *Format: HH:MM AM/PM*

Property Clerk
Voucher Number:
District Attorney
Release Number:

*Location of Incident:

Address:
Address 2:
City:
State:
Borough:

***Manner in which claim arose:**

Attach extra sheet(s) if more room is needed.

The items of damage claimed are (include dollar amounts):

Attach extra sheet(s) if more room is needed.



Witness 1 Information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Witness 4 Information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Witness 2 Information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Witness 5 Information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Witness 3 Information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Witness 6 Information

Last Name:	
First Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Police Information

Police Officer Last Name:	
Police Officer First Name:	
Shield Number:	
Precinct:	
Report Number:	

Please indicate which of the following reports you have

- Accident Report
- Aided Report
- Complaint Report



Insurance Information

- Do you have insurance? Yes No
- Did you report your accident to your insurance company? Yes No
- Were you paid by your insurance company? Yes No
- Is payment pending? Yes No

Deductible Amount:	
Insurance Company Name:	
Address:	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	
Policy #:	
Phone #:	
Agent Name:	

City vehicle information

Plate #:	
City Driver Last Name:	
City Driver First Name:	
*Total Amount Claimed:	

Format: Do not include "\$" or ",".

Date

Signature of Claimant

State of New York
County of

I, _____, being duly sworn depose and say that I have read the foregoing NOTICE OF CLAIM and know the contents thereof: that same is true to the best of my own knowledge, except as to the matter here stated to be alleged upon information and belief, and as to those matters. I believe them to be true.

Sworn before me this day _____

Signature of Claimant _____

Signature of notary _____