



# ক্লেইম ফাইল করন

## নিউইয়র্ক সিটি কম্পট্রোলার অফিসের সাথে

জানুয়ারী ২০২৬



নিউইয়র্ক সিটির বিকাশে ক্লেইমের নোটিশ দাখিল করতে দাবিদারদের সহায়তা করার জন্য এই তথ্যমূলক পুস্তিকাটি একটি পাবলিক সার্ভিস হিসাবে একত্রিত করা হয়েছে। এখানে থাকা তথ্য কোনভাবেই আইনী পরামর্শের উদ্দেশ্যে নয়। সিটির বিকাশে ক্লেইম করার জন্য আপনার অ্যাটর্নি প্রয়োজন না হলেও, দাবিদারদের কাউন্সিলরের কাছ থেকে আইনি পরামর্শ নেওয়ার কথা বিবেচনা করা উচিত।



# বিষয়বস্তু

ক্লেইম কি? .....	1
একটি দাবি ফাইলিং .....	1
ক্লেইমের তদন্ত.....	2
অফার, নিষ্পত্তি, এবং ক্লেইম প্রত্যাখ্যান।.....	3
ক্লেইম এবং ক্লেইমের ফর্ম ফাইল করার জন্য টিপস.....	3
> কাগজের মাধ্যমে ক্লেইম ফর্ম ফাইলিং .....	3
> ই-ক্লেইম ফাইলিং .....	4
> ক্লেইমের নথি প্রস্তুতি .....	4
> ক্লেইমের নোটিশের ভাষা .....	4
ব্যক্তিগত আঘাতের ক্লেইম ফরম.....	5
শহরের কর্মসংস্থান ক্লেইম ফর্ম।.....	10
জলের দ্বারা নষ্ট বা ক্ষতি ক্লেইম ফর্ম। .....	13
ঘনবাহন ভিত্তিক সম্পত্তি ক্ষতিপ্রাপ্তির ক্লেইম ফরম .....	20
সম্পত্তি ক্ষতি বা হারানো ক্লেইম ফর্ম .....	26

## ক্লেইম কি?

সিটি অফ নিউইয়র্ক (শহর) এর বিরুদ্ধে ক্লেইম হল এমন একটি অভিযোগ যাতে সিটি কিছু করেছে বা করতে ব্যর্থ হয়েছে যার কারণে আপনি বা আপনার সম্পত্তির ক্ষতি হয়েছে। ক্লেইম প্রক্রিয়া শুরু করতে আপনাকে অবশ্যই ক্লেইমের নোটিশ ফাইল করতে হবে।

আইন অনুযায়ী সিটির (দাবিদার) বিরুদ্ধে ক্লেইম করা ব্যক্তিকে আদালতে মামলা করার আগে কম্পট্রোলার অফিসে ক্লেইমের নোটিশ দাখিল করতে হবে। ঘটনার ৯০ দিনের মধ্যে কম্পট্রোলার অফিসে ক্লেইমের নোটিশ দাখিল করতে হবে। আইন অনুযায়ী কম্পট্রোলার অফিস ক্লেইমগুলি তদন্ত ও মূল্যায়ন করার অনুমতি দেয় এবং যদি তদন্তে দেখা যায় যে সিটি ক্ষতির জন্য দায়বদ্ধ হতে পারে তবে এই সন্তাব্য মামলাগুলি প্রাথমিক অবস্থায় নিষ্পত্তির প্রস্তাব দেয়।

সিটি দায়বদ্ধ হতে পারে যখন একটি অবহেলামূলক কাজ বা অনুপস্থিতি বা অন্যায় কাজ আপনার বা আপনার সম্পত্তির ক্ষতি করে। তবে সব সমস্যা এবং ক্ষয়ক্ষতির জন্য সিটি দায়ী নয়। প্রতিটি ক্লেইম তার যোগ্যতা অনুযায়ী তথ্য এবং আইনের ভিত্তিতে পর্যালোচনা করা হয়। সাধারণত, সিটি অন্যের ক্রিয়াকলাপ দ্বারা সৃষ্টি আঘাত বা ক্ষতি, ত্রুটিপূর্ণ পরিস্থিতি যা সিটি সক্রিয়ভাবে সৃষ্টি করেনি বা যে সকল ঘটনার কোন পূর্বাভাস থাকে না, বা "সৃষ্টি কর্তার কাজ" এসবের জন্য দায়ী নয়।

যদিও আপনাকে ঘটনার ৯০ দিনের মধ্যে কম্পট্রোলার অফিসে ক্লেইমের নোটিশ ফাইল করতে হবে, কম্পট্রোলার অফিসের দাবি প্রক্রিয়ার মাধ্যমে আপনাকে আপনার ক্লেইমের নিষ্পত্তি করতে হবে না। আপনার ক্লেইমের নোটিশ দাখিল করার ৩০ দিন পরে, এবং আপনি যদি ৫০-ঘন্টা শুনানির (শপথের অধীনে দাবিদারের সাক্ষাৎকার) জন্য কোনো নিয়ন্ত্রকের অনুরোধ মেনে চলেন তবে আপনি আদালতে একটি মামলা করতে পারেন। ঘটনার তারিখের ১ বছর এবং ৯০ দিনের মধ্যে আদালতে মামলা দায়ের করতে হবে।

দয়া করে মনে রাখুন যে ক্লেইম প্রক্রিয়া দুর্যোগ সাহায্য সম্পর্কিত সহায়তার অ্যাক্সেস প্রদান করে না। ত্রাণ সংস্থান অন্যান্য শহর, রাজ্য, বা ফেডারেল সংস্থা বা অলাভজনক সংস্থাগুলির মাধ্যমে পাওয়া যেতে পারে। নিউইয়র্ক সিটি অফিস অফ ইমার্জেন্সি ম্যানেজমেন্টের রিলিফ অ্যান্ড রিকভারি রিসোর্সেস তথ্যের জন্য নিচের লিঙ্কে যেতে পারে। (<https://www1.nyc.gov/site/em/resources/tips-links.page>)

## একটি দাবি ফাইলঃ

ঘটনার ৯০ দিনের মধ্যে ক্লেইমের নোটিশ দায়ের করতে হবে। ক্লেইমের বিজ্ঞপ্তিগুলি কম্পট্রোলারের ওয়েবসাইটে, ব্যক্তিগতভাবে বা নিবন্ধিত বা প্রত্যয়িত মেইলের মাধ্যমে দাখিল করা যেতে পারে। ক্লেইমের নোটিশ ইমেলের মাধ্যমে দায়ের করা যাবে না।

আমাদের ওয়েবসাইটে বিভিন্ন ধরনের ক্লেইমের ফর্ম পাওয়া যায়

- (<https://comptroller.nyc.gov/services/for-the-public/claims/e-filing/>) এবং যদি ক্লেইম আপনার ব্যক্তিগত ক্ষতির সাথে যুক্ত হয়, তাহলে দয়া করে এই প্রস্তাবনার পিছনে লিঙ্ক করা "ব্যক্তিগত ক্ষতির ক্লেইমের ফর্ম" ব্যবহার করুন।

- **সিটি এমপ্লায়মেন্ট ক্লেইম ফর্ম**, যদি আপনার ক্লেইমে সিটি অফ নিউইয়র্কের একজন কর্মচারী হিসাবে চাকরির শর্তাবলী জড়িত থাকে।
- **ওয়াটার ড্যামেজ ক্লেইমের ফর্ম** যদি আপনার ক্লেইমে একটি সিওয়ার ব্যাক-আপ বা পানির মেইন ক্র্যাক জড়িত থাকে
- **যানবাহন ভিত্তিক সম্পত্তি ক্ষতিপ্রাপ্তির দাবি ফরম** যদি আপনার ক্লেইমে আপনার মোটর গাড়ির ক্ষতি জড়িত থাকে।
- **সম্পত্তির ক্ষতি বা হারানো ক্লেইমের ফর্ম**, অন্যান্য সমস্ত সম্পত্তি ক্ষতি বা হারানো ক্লেইমের জন্য।

কিভাবে ক্লেইম ফাইল করতে হয় সে সম্পর্কে এবং প্রায়শই জিজ্ঞাসিত প্রশ্নের উত্তর পেতে অনুগ্রহ করে আমাদের ওয়েবসাইট দেখুন <https://comptroller.nyc.gov/services/for-the-public/claims/general-faqs> অথবা কমিউনিটি অ্যাকশন কেন্দ্রে কল করুন (212) 669-3916। কমিউনিটি অ্যাকশন সেন্টার [action@comptroller.nyc.gov](mailto:action@comptroller.nyc.gov)-এ ইমেল বা ওয়েব পোর্টালের মাধ্যমেও তথ্য পাওয়া সম্ভব। <https://comptroller.nyc.gov/about/contactour-office/>।

ক্লেইমের নোটিশ দাখিল করার পরে, একটি ক্লেইম নম্বর বরোদ করা হবে এবং দাবিকারীকে পাঠানো হবে। ক্লেইম নম্বর কম্পট্রোলার অফিসের সাথে সমস্ত যোগাযোগের ক্ষেত্রে করা উচিত।

আপনি নিজে একটি দাবি দায়ের করতে পারেন বা আপনার পক্ষে এটি করার জন্য একজন অ্যাটর্নি নিয়োগ করতে পারেন। কম্পট্রোলারস অফিস নিয়মিতভাবে প্রতিনিধিত্বপ্রাপ্ত এবং প্রতিনিধিত্ব ছাড়া দাবিদারদের সাথে দাবিগুলি সমাধান করে।

## ক্লেইমের তদন্ত

ক্লেইমের নোটিশ দাখিল করার পরে, কম্পট্রোলার অফিস তদন্ত করে যে সিটির অবহেলা বা অন্যায় কাজগুলো ক্ষতির কারণ কিনা তা নির্ধারণ করতে এবং আইনের অধীনে ক্ষতির ন্যায্য ও যুক্তিসঙ্গত মূল্য নির্ধারণ করতে। তদন্তে দাবিদার, জড়িত সিটি এজেন্সি এবং অন্যান্য প্রাসঙ্গিক উৎস থেকে তথ্য সংগ্রহ করতে হয়। একজন দাবিদার হিসাবে, আপনার ক্লেইম সমর্থন করার জন্য আপনার কাছে তথ্য চাওয়া হতে পারে, যেমন ফটোগ্রাফ, বিল, চালান, বীমা তথ্য, অথবা মেডিকেল রেকর্ড। আপনার ক্লেইম সম্পর্কে সাক্ষ্য দেওয়ার জন্য আপনাকে ৫০-ঘন্টার শুনানিতে (শপথের অধীনে সাক্ষাত্কার) উপস্থিত থাকতে হতে পারে। আপনার ক্ষতিগ্রস্ত সম্পত্তির একটি পরিদর্শন সমন্বয় করতে আপনার সাথে যোগাযোগ করা হতে পারে।

প্রতিটি তদন্ত ক্লেইমের ঘটনা এবং পরিস্থিতি অনুযায়ী আলাদা হয়। তদন্তে কিছুটা সময় লাগতে পারে। যেহেতু তদন্তে বাইরের উৎস থেকে তথ্য সংগ্রহ জড়িত, তাই একটি দাবি তদন্ত এবং সমাধান করার জন্য প্রয়োজনীয় সময় পরিবর্তিত হতে পারে।

নিয়ন্ত্রক শুধুমাত্র ঘটনার তারিখ থেকে ১ বছর এবং ৯০ দিন পর্যন্ত ক্লেইম নিষ্পত্তি করতে পারেন। কখনও কখনও একটি তদন্ত সেই সময়সীমার মধ্যে সম্পন্ন করা যায় না এবং কম্পট্রোলার অফিস নিষ্পত্তির প্রস্তাব দেয় না। আপনার ক্লেইম অনুসরণ করার জন্য, আপনাকে অবশ্যই ঘটনার তারিখের ১ বছর এবং ৯০ দিনের মধ্যে আদালতে একটি মামলা দায়ের করতে হবে।

## অফার, নিষ্পত্তি, এবং ক্লেইম প্রত্যাখ্যান।

যদি এটি নির্ধারিত হয় যে ক্ষতির জন্য সিটি আইনত দায়ী নয়, তাহলে কম্পট্রোলার অফিস আপনার ক্লেইম অঙ্গীকার করবে। দাবিদাররা আদালতে মামলা দায়ের করে তাদের ক্লেইমগুলি আরও এগিয়ে নিতে পারে। ঘটনার তারিখের ১ বছর এবং ৯০ দিনের মধ্যে আদালতে মামলা দায়ের করতে হবে।

যদি এটি নির্ধারণ করা হয় যে ক্ষতির জন্য সিটি দায়ী হতে পারে, তাহলে কম্পট্রোলার অফিস আপনাকে একটি অফার লেটার এবং একটি রিলিজ পাঠিয়ে, অথবা নিষ্পত্তির প্রস্তাব দেওয়ার জন্য আপনাকে কল বা চিঠি পাঠিয়ে নিষ্পত্তির প্রস্তাব দিতে পারে। মৌখিকভাবে আলোচনা করার পরেও নিষ্পত্তির প্রস্তাব দিতে পারে। নিষ্পত্তি দলিল হল একটি আইনি দলিল যেখানে আপনি প্রস্তাবিত অর্থের বিনিময়ে সিটির বিরুদ্ধে দায়ের করা সমস্ত অভিযোগ তুলে নিতে সম্মত হবেন।

আপনি ৩০ দিনের মধ্যে স্বাক্ষর করে এবং সময়মত রিলিজ পেপারটি পাঠিয়ে নিষ্পত্তির প্রস্তাব গ্রহণ করতে পারেন। স্বাক্ষরিত রিলিজ ফেরত দিলে আপনাকে ডাকযোগে অর্থপ্রদান করা হবে।

আপনার দাবি বা নিষ্পত্তির প্রস্তাব নিয়ে আলোচনা করতে বা নিষ্পত্তির প্রস্তাব বিবেচনা করার জন্য আরও সময় অনুরোধ করতে, আপনি কম্পট্রোলার অফিসে কল করতে পারেন। আপনার ক্লেইম পরিচালনাকারী পরীক্ষকের ঘোষণায়ের তথ্য অফার লেটারে অন্তর্ভুক্ত করা থাকবে।

### কম্পট্রোলার অফিসের সাথে সমস্ত ক্লেইম নিষ্পত্তি হবে না।

আপনি যদি নিয়ন্ত্রকের অফিসের সাথে আপনার ক্লেইমটি চালিয়ে যেতে না চান, যদি নিয়ন্ত্রকের অফিস একটি নিষ্পত্তির প্রস্তাব দিতে অক্ষম হয় বা আপনার ক্লেইমকে অঙ্গীকার করে, বা যদি নিয়ন্ত্রকের অফিসের সাথে একটি সময়োত্তায় আসা না যায়, তাহলে আপনি মামলা হিসাবে আপনার দাবিটি চালিয়ে যেতে পারেন। আইন সিটির বিরুদ্ধে মামলা করার জন্য কঠোর সময়সীমা নির্ধারণ করে। আপনাকে অবশ্যই ক্লেইমের নোটিশ ফাইল করার ৩০ দিন অপেক্ষা করতে হবে এবং আদালতে মামলা করার আগে ৫০-ঘন্টা শুনানির (শপথের অধীনে সাক্ষাত্কার) জন্য যেকোন কম্পট্রোলারের অনুরোধ মেনে চলতে হবে। ঘটনার তারিখের ১ বছর এবং ৯০ দিনের মধ্যে আদালতে মামলা দায়ের করতে হবে।

যদি আপনার ক্লেইমের নিষ্পত্তি করা না হয়, কিন্তু আপনি শহরের বিরুদ্ধে আপনার ক্লেইম চালিয়ে যেতে চান, আপনাকে অবশ্যই ঘটনার ১ বছর এবং ৯০ দিনের মধ্যে একটি মামলা দায়ের করতে হবে। ১ বছর এবং ৯০ দিন অতিবাহিত হওয়ার পরে বা একটি মামলা দায়ের করার পরে কম্পট্রোলারের অফিস দাবি নিষ্পত্তি করতে পারে না।

### নিষ্পত্তির প্রস্তাব এবং নিষ্পত্তি মানেই দায় স্বীকার না

## ক্লেইম এবং ক্লেইমের ফর্ম ফাইল করার জন্য টিপস

### › কাগজের মাধ্যমে ক্লেইম ফর্ম ফাইলিং:

ব্যক্তিগত আঘাত, শহরের কর্মসংস্থান, জলের ক্ষতি, যানবাহনের মাধ্যম সম্পত্তি ক্ষতি, এবং অন্য কোন ভাবে সম্পত্তির ক্ষতি বা হারানো বিষয়ে ক্লেইম ফর্মগুলির কপি সংযুক্ত করা হয়েছে কাগজে ক্লেইমের ফর্মগুলো অবশ্যই নোটারাইজ করতে হবে।

কাগজের দাবি ফর্মটি জমা দেওয়া যেতে পারে:

**ব্যক্তিগতভাবে ১ সেন্টার স্ট্রিট, রুম ১২২৫, নিউইয়র্ক, নিউইয়র্ক ১০০০৭, অথবা**

**নিবন্ধিত বা প্রত্যয়িত মেইলের মাধ্যমে এই ঠিকানায়, নিউইয়র্ক সিটি কম্পট্রোলারের অফিস, ১ সেন্টার স্ট্রিট, রুম ১২২৫, নিউইয়র্ক, নিউইয়র্ক ১০০০৭**

যদি আপনার কাগজের ক্লেইমের ফর্মটি সঠিকভাবে নোটারাইজ করা না হয় /অথবা পরিবেশন করা হয়, তবে এর ফলে আপনার দাবিটি অগ্রহনযোগ্য হতে পারে।

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে নিয়ন্ত্রকের কার্যালয় আপনার ক্লেইমের ফর্ম নোটারাইজ করতে পারে না বা আপনার ক্লেইমের ফর্ম এবং সমর্থনকারী ডকুমেন্টেশনের কপি তৈরি করতে পারে না। তাই দয়া করে করে আপনার ক্লেইমের ফর্মটি নোটারাইজ করা আছে কিনা তা নিশ্চিত করুন এবং কম্পট্রোলার অফিসে আসার আগে আপনার প্রয়োজনীয় যেকোনো নথির ফটোকপি করে রাখুন।

#### ➤ ই-ক্লেইম ফাইলিং

আপনি কম্পট্রোলারের ই-ক্লেইম ফাইলিং সিস্টেমের মাধ্যমেও আপনার ক্লেইম জমা দিতে পারেন।

**আমরা ই-ক্লেইম ফাইলিং সিস্টেম ব্যবহার করার পরামর্শ দেই** যার ফলে দ্রুত প্রক্রিয়াকরণ হয় এবং নোটারাইজেশনের প্রয়োজন হয় না।

ই-ক্লেইম ফাইলিং কম্পট্রোলারের ওয়েবসাইটে পাওয়া যায়:

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

#### ➤ ক্লেইমের নথি প্রস্তুতি

যদি আপনার কাছে ফটোগ্রাফ, পুলিশ রিপোর্ট, বিল, চালান, রসিদ, অনুমান, মূল্যায়ন, মেডিকেল রেকর্ড, বীমা কাগজপত্র বা আপনার ক্লেইমকে সমর্থন করে এমন অন্য কোনো ডকুমেন্টেশন থাকে, আপনি যখন আপনার ক্লেইম দায়ের করবেন তখন আমরা আপনাকে সেই নথিগুলি সরবরাহ করার জন্য উৎসাহিত করি। ব্যক্তিগতভাবে বা নিবন্ধিত/প্রত্যয়িত মেইলের মাধ্যমে ফাইল করার সময় আপনি আপনার ক্লেইম ফর্মের সাথে যেকোনো সহায়ক ডকুমেন্টেশনের কাগজের কপি জমা দিতে পারেন। ইলেকট্রনিকভাবে আপনার ক্লেইম ফাইল করার সময় আপনি ই-ক্লেইম ফাইলিং সিস্টেমে সমর্থনকারী ডকুমেন্টেশন আপলোড করতে পারেন। যদি আপনার কাছে অতিরিক্ত নথি থাকে যা আপনি আপনার ক্লেইম দায়ের করার পরে জমা দিতে চান, অনুগ্রহ করে আপনার দাবি পরীক্ষকের সাথে যোগাযোগ করুন।

#### ➤ ক্লেইমের নোটিশের ভাষা

**ক্লেইমের নোটিশগুলি অবশ্যই ইংরেজিতে সম্পূর্ণ করতে হবে।**

নিউইয়র্ক সিভিল প্র্যাকটিস ল এবং রুলস §2101 (b) অনুসারে, নিউইয়র্কের সিভিল আদালতে মামলার বিষয়ে দায়ের করা সমস্ত কাগজপত্র অবশ্যই ইংরেজি ভাষায় হতে হবে।





New York City Comptroller  
Mark Levine

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007

Form Version: NYC-COMPT-BLA-PI1-M3

## 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:

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:

### 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



New York City Comptroller  
Mark Levine

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007

**The time and place where the claim arose**

\*Date of Incident:  Format: MM/DD/YYYY

Time of Incident:  Format: HH:MM AM/PM

Dismissal Date:  (Police related claims only)

\*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.**



New York City Comptroller  
Mark Levine

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007

### Medical Information

1st Treatment Date:	<i>Format: MM/DD/YYYY</i>
Hospital/Name:	
Address:	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	
Date Treated in Emergency Room:	<i>Format: MM/DD/YYYY</i>

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:	



New York City Comptroller  
Mark Levine

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007

#### Witness 1 Information

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>

#### Witness 4 Information

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>

#### Witness 2 Information

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>

#### Witness 5 Information

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>

#### Witness 3 Information

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>

#### Witness 6 Information

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>



New York City Comptroller  
Mark Levine

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007

**Complete if claim involves a NYC vehicle**

**Owner of vehicle claimant was traveling in**

Last Name:

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

**Non-City vehicle driver**

Last Name:

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

**Insurance Information**

Insurance Company  
Name:

Insurance Company Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	

Policy #:

Phone #:

**Description of  
claimant:**

- Driver       Passenger  
 Pedestrian       Bicyclist  
 Motorcyclist       Other

**Non-City vehicle information**

Make, Model, Year  
of Vehicle:

Make, Model, Year of Vehicle:	
Plate #:	
VIN #:	

**City vehicle information**

Plate #:

Plate #:	
City Driver Last Name:	
City Driver First Name:	

**\*Total Amount  
Claimed:**

*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:



New York City Comptroller  
Mark Levine

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007  
FormVersion: NYC-COMPT-BLA-HC-LE4

**\*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.*



New York City Comptroller  
Mark Levine

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007  
FormVersion: NYC-COMPT-BLA-HC-LE4

### Salary/Benefit Claimed Damages

Date From: Date To: Amount:

Overtime:

<b>Total:</b>		

Compensatory time:

Differential:

Annual Leave/Vacation:

Sick Leave:

Salary:

### Additional Claimed Damages

Amount:

Specify:

<b>Total:</b>	

Specify:

Specify:

Specify:

Specify:

Specify:

**\*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 \_\_\_\_\_





New York City Comptroller  
Mark Levine

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007

Form Version: NYC-COMPT-BLA-PD2-M2

## 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.

Attorney is filing.

### Attorney Information (If claimant is represented by attorney)

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Relationship to the claimant:	<input type="text"/>

Firm or Last Name:

Firm or First Name:

Address:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Tax ID:

Phone #:

Email Address:

### Claimant Information

*Last Name:	<input type="text"/>
*First Name:	<input type="text"/>
Address:	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>
Country:	<input type="text"/>
Date of Birth:	<input type="text"/> Format: MM/DD/YYYY
Soc. Sec. #	<input type="text"/>
Date of Death:	<input type="text"/> Format: MM/DD/YYYY
Phone:	<input type="text"/>
Email Address:	<input type="text"/>
Occupation:	<input type="text"/>

City Employee?  Yes  No  NA

Gender  Male  Female  Other



New York City Comptroller  
Mark Levine

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007

**The time and place where the claim arose**

\*Date of Incident:

Format: MM/DD/YYYY

Time of Incident:

Format: HH:MM AM/PM

\*Location of  
Incident:

Address:

Address 2:

City:

State:

Borough:

**\*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?**

If "Yes" then please add as an attachment to this claim.

Yes  No

(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.



New York City Comptroller  
Mark Levine

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007

#### **Witness 1 Information**

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>

#### **Witness 4 Information**

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>

#### **Witness 2 Information**

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>

#### **Witness 5 Information**

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>

#### **Witness 3 Information**

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>

#### **Witness 6 Information**

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>



### Water Damage Information

**Choose the cause  
of the damage:**

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

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

**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)

Date Reported:  Format: MM/DD/YYYY

Complaint Number:

**Choose which  
describes your  
property:**

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

For the property, do you own  or rent

If there are 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?

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.



New York City Comptroller  
Mark Levine

### Water Damage Information

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007

**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 \_\_\_\_\_





New York City Comptroller  
Mark Levine

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007

Form Version: NYC-COMPT-BLA-PD3-M2

## 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.

### Attorney Information (If claimant is represented by attorney)

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Relationship to the claimant:	<input type="text"/>

Firm or Last Name:

Firm or First Name:

Address:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Tax ID:

Phone #:

Email Address:

### Claimant Information

*Last Name:	<input type="text"/>
*First Name:	<input type="text"/>
Address:	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>
Country:	<input type="text"/>
Date of Birth:	<input type="text"/> Format: MM/DD/YYYY
Soc. Sec. #	<input type="text"/>
HICN:	<input type="text"/>
(Medicare #)	<input type="text"/>
Date of Death:	<input type="text"/> Format: MM/DD/YYYY
Phone:	<input type="text"/>
Email Address:	<input type="text"/>
Occupation:	<input type="text"/>

City Employee?  Yes  No  NA

Gender  Male  Female  Other



New York City Comptroller  
Mark Levine

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007

**The time and place where the claim arose**

\*Date of Incident:

Format: MM/DD/YYYY

Time of Incident:

Format: HH:MM AM/PM

\*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.**



New York City Comptroller  
Mark Levine

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007

#### Witness 1 Information

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

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:

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:

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:

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:

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:

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:

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

Make, Model, Year of Vehicle:
Plate #:
VIN Number:
Mileage
Location where the vehicle can be seen:
Phone:



New York City Comptroller  
Mark Levine

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007

### 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?  Yes  No  NA  
Gender  Male  Female  Other

### NYC vehicle information

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

Vehicle Type:   
Plate #:

Towed Away?  Yes  No

\* Denotes required field(s).

### 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:  Format: MM/DD/YYYY

Tow Time:  Format: HH:MM AM/PM

Location vehicle was picked up at

Receipt Number:

Voucher Number:

Was vehicle released or towed?  Released  Towed  NA

Redemption Date:  Format: MM/DD/YYYY

Time of tow:  Format: HH:MM AM/PM

Location of tow:

From:

To:

Towed by Sheriff or Marshall?  Sheriff  Marshall  NA

District Attorney Release Number:



**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       |

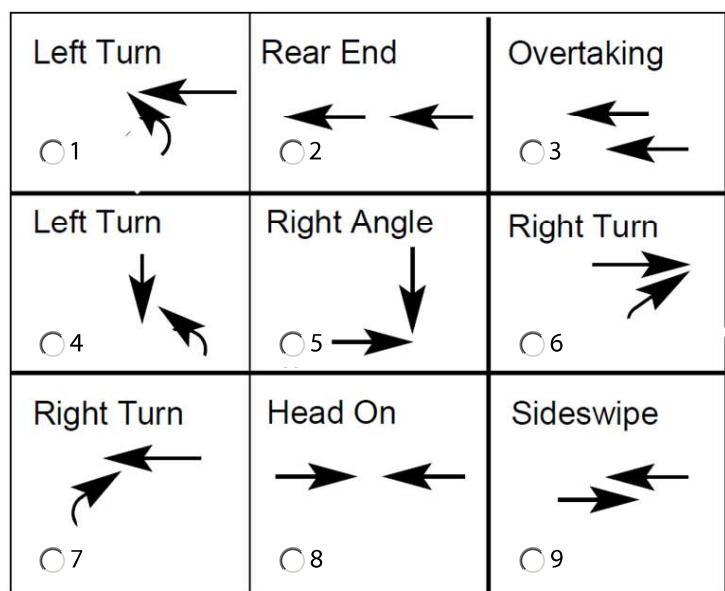
**Traffic Control**

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <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.**



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)

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)	

**\*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 \_\_\_\_\_



New York City Comptroller  
Mark Levine

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007

Form Version: NYC-COMPT-BLA-PD1-M2

## 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.

Attorney is filing.

### Attorney Information (If claimant is represented by attorney)

Last Name:

First Name:

Relationship to the claimant:

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



New York City Comptroller  
Mark Levine

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007

**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.**



New York City Comptroller  
Mark Levine

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007

#### Witness 1 Information

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>

#### Witness 4 Information

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>

#### Witness 2 Information

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>

#### Witness 5 Information

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>

#### Witness 3 Information

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>

#### Witness 6 Information

Last Name:	<input type="text"/>
First Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>

#### Police Information

Police Officer Last Name:	<input type="text"/>
Police Officer First Name:	<input type="text"/>
Shield Number:	<input type="text"/>
Precinct:	<input type="text"/>
Report Number:	<input type="text"/>

#### Please indicate which of the following reports you have

- Accident Report
- Aided Report
- Complaint Report



New York City Comptroller  
Mark Levine

Office of the New York City Comptroller  
1 Centre Street  
New York, NY 10007

### 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 \_\_\_\_\_