



NEW YORK CITY COMPTROLLER
MARK LEVINE

Déposer une réclamation auprès du bureau du Contrôleur de la ville de New York.

JANVIER 2026



Ce livret d'information a été produit comme service public afin d'aider les plaignants à introduire leurs dossiers de réclamation auprès de la ville de New York. L'information qui s'y trouve ne vise, en aucune manière, à être un avis juridique bien qu'il ne soit pas nécessaire d'avoir un avocat pour faire une réclamation auprès de la Ville, les plaignants devraient envisager de rechercher un avis judiciaire.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Qu'est ce qu'une réclamation? | 1 |
| Dépôt d'une réclamation..... | 1 |
| Enquête d'une réclamation | 2 |
| Offres, règlements et rejet d'une demande de réclamation..... | 3 |
| Conseils pour déposer une réclamation et les formulaires de demande. | 4 |
| ➤ Dépôt du formulaire de réclamation en ligne | 4 |
| ➤ Les documents relatifs à la réclamation | 4 |
| ➤ Langue de l'avis de réclamation..... | 4 |
| Formulaire de réclamation pour dommages corporels | 5 |
| Formulaire de demande d'emploi de la ville | 10 |
| Formulaire de réclamation pour les dégâts ou perte d'eau | 13 |
| Formulaire de réclamation pour les dégâts matériels causés aux véhicules... .. | 20 |
| Formulaire de réclamation pour les dégâts ou perte matériels | 26 |

Qu'est ce qu'une réclamation?

Une réclamation contre la ville de New York (la ville) est une allégation selon laquelle vous ou votre propriété avez subi un préjudice en raison d'une action ou d'une omission de la ville. Pour entamer la procédure de réclamation, vous devez déposer un avis de réclamation.

La loi exige qu'une personne ayant une réclamation contre la ville (le plaignant) dépose un avis de réclamation auprès du bureau du contrôleur avant de lancer une action en justice. L'avis de réclamation doit être déposé auprès du bureau du contrôleur dans les 90 jours suivant l'incident. La loi permet également au bureau du contrôleur d'enquêter et d'évaluer les réclamations, et de proposer un règlement anticipé de ces poursuites potentielles si une enquête montre que la ville peut être responsable des dégâts.

La ville peut être tenue responsable lorsqu'un acte ou une omission de négligence ou une action fautive a causé des dégâts à vous-même ou à vos biens. Toutefois, la ville n'est pas responsable de toutes les blessures et de tous les dégâts. Chaque demande est examinée en profondeur, sur la base des faits et de la loi. En règle générale, la ville n'est pas responsable des blessures ou des dégâts causés par les actes d'autrui, les conditions défectueuses que la ville n'a pas activement causées ou dont elle n'a pas été informée au préalable, ou les "catastrophes naturelles".

Bien que vous deviez déposer un avis de réclamation auprès du bureau du contrôleur dans les 90 jours suivant l'incident, vous n'êtes pas obligé de chercher à obtenir un règlement de votre réclamation par le biais de la procédure de réclamation du bureau du contrôleur. Après 30 jours à compter du dépôt de votre avis de réclamation, et si vous vous êtes conformé à toute demande d'audition 50-h (entretien du demandeur sous serment) formulée par le contrôleur, vous pouvez lancer une action en justice. Les actions judiciaires doivent être lancées dans un délai d'un an et 90 jours à compter de la date de l'incident.

Veuillez noter que la procédure de demande d'indemnisation ne donne pas accès aux ressources de secours en cas de catastrophe. Des ressources de secours peuvent être disponibles auprès d'autres agences municipales, étatiques ou fédérales ou d'organisations à but non lucratif. La page de ressources sur les secours et le rétablissement du Bureau de la gestion des urgences de la ville de New York peut être une source d'information. (<https://www1.nyc.gov/site/em/resources/tips-links.page>).

Dépôt d'une réclamation

UN AVIS DE RÉCLAMATION DOIT ÊTRE DÉPOSÉ DANS LES 90 JOURS SUIVANT L'INCIDENT. Les avis de réclamation peuvent être déposés en ligne sur le site web du contrôleur, en personne ou par courrier recommandé ou certifié. Les avis de réclamation ne peuvent pas être déposés par courrier électronique.

Plusieurs types de formulaires de demande sont disponibles sur notre site web :

- (<https://comptroller.nyc.gov/services/for-the-public/claims/e-filing/>) est joint au dos de cette brochure. Veuillez utiliser le : **Formulaire De Demande De Réclamation Pour Dégâts Corporels** si votre demande concerne des dégâts corporels : le formulaire de réclamation pour dommages corporels si votre réclamation concerne des dommages corporels.

- **Formulaire de demande d'emploi de la ville** si votre demande concerne les conditions de votre emploi en tant qu'employé de la ville de New York.
- **Formulaire de réclamation pour les dégâts causés par l'eau** si votre demande concerne un refoulement d'égout ou une rupture de conduite d'eau.
- **Formulaire de réclamation pour les dégâts matériels causés aux véhicules** si votre demande concerne des dégâts causés à votre véhicule à moteur.
- **Formulaire de réclamation pour les dégâts ou perte matériels** pour toutes les autres demandes de réclamation pour dégâts matériels.

Si vous avez des questions sur la manière de déposer une demande de réclamation, veuillez consulter les réponses aux questions fréquemment posées sur notre site web à l'adresse <https://comptroller.nyc.gov/services/for-the-public/claims/general-faqs/> ou appeler le centre d'action communautaire au **(212) 669-3916**. Le centre d'action communautaire est également joignable par courrier électronique à l'adresse : action@comptroller.nyc.gov ou par l'intermédiaire du portail web à l'adresse: <https://comptroller.nyc.gov/about/contactour-office/>.

Après le dépôt d'un avis de réclamation, un numéro de réclamation sera attribué et envoyé au réclamant. Le numéro de réclamation doit être mentionné ou inclus dans toutes les communications avec le bureau du contrôleur.

Vous pouvez déposer une réclamation vous-même ou engager un avocat pour le faire à votre nom. Le bureau du contrôleur règle souvent des réclamations avec des demandeurs représentés ou non.

Enquête d'une réclamation

Après le dépôt d'un avis de réclamation, le bureau du contrôleur enquête pour déterminer si la négligence ou les actions fautives de la ville ont causé les dégâts, et pour déterminer la valeur juste et raisonnable des dégâts en vertu de la loi. L'enquête consiste à recueillir des informations auprès du plaignant, de l'agence municipale concernée et d'autres sources pertinentes. En tant que plaignant, il se peut que l'on vous demande des informations pour soutenir votre demande, telles que des photographies, des factures, des devis, des informations sur l'assurance et/ou des dossiers médicaux. Il peut vous être demandé de vous présenter à une audition de 50 heures (entretien sous serment) pour témoigner de votre demande. Vous pouvez être contacté pour coordonner une inspection de vos biens endommagés.

Chaque enquête est spécifique aux faits et circonstances de la demande. L'enquête peut prendre un certain temps. Étant donné que les enquêtes impliquent l'obtention d'informations auprès de sources extérieures, le temps nécessaire à l'enquête et à la résolution d'une réclamation est variable.

Le contrôleur ne peut régler les demandes que dans un délai d'un an et 90 jours à compter de la date de l'incident. Il arrive qu'une enquête ne puisse être menée à bien dans ce délai et que le bureau du contrôleur ne propose pas de règlement. Pour faire valoir votre droit, vous devez intenter une action en justice dans un délai d'un an et 90 jours à compter de la date de l'incident.

Offres, règlements et rejet d'une demande de réclamation

S'il est déterminé que la ville n'est pas légalement responsable des dégâts, le bureau du contrôleur refusera votre demande de réclamation. Les demandeurs peuvent poursuivre leur action en lançant une action en justice. L'action judiciaire doit être lancée dans un délai d'un an et 90 jours à compter de la date de l'incident.

S'il est établi que la ville peut être responsable des dégâts, le bureau du contrôleur peut vous proposer un règlement en vous envoyant une lettre d'offre et une décharge, ou en vous appelant pour vous proposer un règlement et en vous envoyant une lettre de règlement et une décharge après avoir convenu verbalement d'un règlement. La décharge est un document juridique dans lequel vous acceptez de renoncer à votre demande de dommages-intérêts contre la ville en échange du versement du montant du règlement proposé.

Vous pouvez accepter l'offre de règlement en signant et en renvoyant la décharge dans les 30 jours. Si vous renvoyez la décharge signée, le paiement vous sera envoyé par courrier.

Pour discuter de votre demande ou de l'offre de règlement, ou pour demander un délai supplémentaire pour examiner l'offre de règlement, vous pouvez appeler le bureau du contrôleur. Les coordonnées de l'examineur chargé de votre demande figureront dans la lettre d'offre.

TOUTES LES DEMANDES NE SONT PAS RÉGLÉES PAR LE BUREAU DU CONTRÔLEUR. Si vous ne souhaitez pas donner suite à votre demande auprès du bureau du contrôleur, si ce dernier n'est pas en mesure de faire une offre de règlement ou rejette votre demande, ou si un règlement ne peut être conclu avec le bureau du contrôleur, vous pouvez lancer une action en justice pour faire valoir votre demande. La loi impose des délais stricts pour lancer une action en justice contre la ville. Vous devez attendre 30 jours après avoir déposé un avis de réclamation et vous conformer à toute demande du contrôleur pour une audience de 50 heures (entretien sous serment) avant de lancer une action en justice. Les actions judiciaires doivent être lancées dans un délai d'un an et 90 jours à compter de la date de l'incident.

SI VOTRE DEMANDE N'A PAS ÉTÉ RÉGLÉE, MAIS QUE VOUS SOUHAITEZ POURSUIVRE VOTRE ACTION CONTRE LA VILLE, VOUS DEVEZ LANCER UNE ACTION EN JUSTICE DANS UN DÉLAI D'UN AN ET 90 JOURS À COMPTER DE LA DATE DE L'INCIDENT. LE BUREAU DU CONTRÔLEUR NE PEUT PAS RÉGLER LES RÉCLAMATIONS APRÈS UN AN ET 90 JOURS OU APRÈS L'INTRODUCTION D'UNE ACTION EN JUSTICE.

Les offres de règlement et les règlements ne constituent pas une reconnaissance de responsabilité.

Conseils pour déposer une réclamation et les formulaires de demande.

➤ Dépôt du formulaire de réclamation sur papier

Vous trouverez ci-joint des copies des formulaires de demande de réclamation pour dégâts corporels, emploi municipal, dégâts des eaux, dommages matériels causés par des véhicules et des dégâts ou pertes matériels. Les formulaires de demande de réclamation sur papier doivent être NOTARIÉS. Le formulaire de demande de réclamation sur papier peut être expliqué.

en personne au 1 Centre Street, Room 1225, New York, New York 10007, ou

par **COURRIER RECOMMANDÉ OU CERTIFIÉ** à l'adresse suivante: Office of the New York City Comptroller, 1 Centre Street, Room 1225, New York, NY 10007.

Si votre formulaire de demande n'est pas correctement notarié et/ou expliqué, votre demande risque d'être rejetée.

Veuillez noter que le bureau du contrôleur **NE PEUT PAS** authentifier votre formulaire de demande ou faire des copies de votre formulaire de demande et des documents à l'appui. Veuillez à faire notarié votre formulaire de demande et à faire les photocopies dont vous avez besoin pour vos dossiers avant de vous rendre au bureau du contrôleur.

➤ Dépôt du formulaire de réclamation en ligne

Vous pouvez également soumettre votre demande via le système d'archivage eClaim du Contrôleur. Nous vous recommandons d'utiliser le système de dépôt eClaim, qui permet un traitement plus rapide et ne nécessite pas de notariation.

Le système eClaim est disponible sur le site web du contrôleur à l'adresse suivante : <https://comptroller.nyc.gov/services/forthe-public/claims/e-filing/>.

➤ Les documents relatifs à la réclamation

Si vous disposez de photographies, de rapports de police, de factures, de reçus, de devis, d'évaluations, de dossiers médicaux, de documents d'assurance ou de tout autre document à l'appui de votre demande, nous vous encourageons à fournir ces documents lorsque vous déposez votre demande. Vous pouvez joindre des copies papier de tous les documents justificatifs à votre formulaire de demande lorsque vous le déposez en personne ou par courrier recommandé/certifié. Vous pouvez également télécharger les documents justificatifs dans le système d'archivage eClaim lorsque vous déposez votre demande par voie électronique. Si vous souhaitez soumettre des documents supplémentaires après avoir déposé votre demande d'indemnisation, veuillez contacter votre examinateur.

➤ Langue de l'avis de réclamation

LES AVIS DE RÉCLAMATION DOIVENT ÊTRE RÉDIGÉS EN ANGLAIS. Conformément à l'article 2101 (b) de la loi et des règles de New York sur la pratique civile, tous les documents déposés dans le cadre d'un litige devant les tribunaux civils de New York doivent être rédigés en anglais.



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"/> | Format: MM/DD/YYYY |
| Time of Incident: | <input type="text"/> | Format: HH:MM AM/PM |
| Dismissal Date: | <input type="text"/> | (Police related claims only) |
| *Location of Incident: | <input type="text"/> | 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: | <input type="text"/> | Format: MM/DD/YYYY |
| Hospital/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"/> | |
| Date Treated in Emergency Room: | <input type="text"/> | Format: MM/DD/YYYY |
| Was claimant taken to hospital by an ambulance? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NA | | |

Employment Information (If claiming lost wages)

| | |
|--------------------------|----------------------|
| Employer's 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"/> |
| Work Days Lost: | <input type="text"/> |
| Amount Earned Weekly: | <input type="text"/> |

Treating Physician 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 1 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 3 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 5 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:



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.



Date From: Date To: Amount:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

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 _____



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: *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.



Witness 1 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 3 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 5 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.

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

Address:

Time of Incident:

Format: HH:MM AM/PM

Address 2:

City:

State:

Borough:

*Location of
Incident:

***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 2 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: | |

Police Information

| | |
|--|--|
| Police Officer Last Name: | |
| Police Officer First Name: | |
| Shield Number: | |
| Precinct: | |
| Report Number: | |
| Do you have a copy of the Police Report? | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |

Witness 4 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 6 Information

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

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: | |



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? | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Did you report your accident to your insurance company? | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Were you paid by your insurance company? | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Is payment pending? | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> 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? | <input type="radio"/> Released <input type="radio"/> Towed <input type="radio"/> 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? | <input type="radio"/> Sheriff <input type="radio"/> Marshall <input type="radio"/> 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.

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

☐ 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)

***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 2 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: | |

Police Information

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

Witness 4 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 6 Information

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

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 _____