



NEW YORK CITY COMPTROLLER
MARK LEVINE

Składanie wniosków o odszkodowanie w biurze Kontrolera Miasta Nowy Jork

STYCZEŃ 2026



Niniejsza broszura informacyjna została opracowana w ramach usługi publicznej, aby pomóc osobom składającym wnioski o odszkodowanie od miasta Nowy Jork. Informacje zawarte w niniejszym dokumencie nie mają charakteru porady prawnej. Chociaż do składania roszczeń przeciwko miastu nie jest potrzebny adwokat, osoby składające wniosek powinny rozważyć zwrócenie się o poradę do prawnika.

Spis Treści

Co to jest wniosek o odszkodowanie?.....	1
Składanie wniosku	1
Rozpatrzenie wniosku	2
Oferty, ugody i odmowy uznania roszczeń	3
Wskazówki dotyczące składania wniosku oraz formularze.....	3
➤ formularz papierowy	3
➤ elektroniczny wniosek	4
➤ dokumentacja wnioskowa	4
➤ język wniosków roszczeniowych.....	4
Formularz roszczeniowy z tytułu obrażeń ciała	5
Formularz roszczeniowy z tytułu zatrudnienia przez Miasto Nowy Jork	10
Formularz roszczeniowy z tytułu szkody spowodowanej przez wodę	13
Formularz roszczeniowy z tytułu uszkodzenia pojazdu	20
Formularz roszczeniowy z tytułu uszkodzenia lub utraty mienia.....	26

Co to jest wniosek o odszkodowanie?

Wniosek o odszkodowanie od Miasta Nowy Jork (Miasto) to zarzut, że ty lub twoje mienie odnieśliście szkody lub obrażenia w wyniku działania Miasta lub jego braku.

Prawo wymaga, aby osoba mająca roszczenie wobec Miasta (powód) złożyła wniosek w Biurze Kontrolera zanim wniesie pozew do sądu. Zawiadomienie o roszczeniu należy złożyć w Biurze Kontrolera w ciągu 90 dni od incydentu. Prawo również pozwala Kontrolerowi Miasta na przeprowadzenie dochodzenia w celu oceny wniosku oraz zaoferowanie wcześniejszego rozstrzygnięcia potencjalnych pozwów jeżeli dochodzenie wykaże, że Miasto może być odpowiedzialne za szkody.

Miasto może ponieść odpowiedzialność, jeżeli zaniedbanie, zaniechanie lub niewłaściwe działanie ze strony Miasta spowodowało szkodę dla ciebie lub twojego mienia. Miasto nie ponosi jednak odpowiedzialności za wszystkie obrażenia i szkody. Każde roszczenie jest rozpatrywane pod kątem merytorycznym, w oparciu o fakty i prawo. Miasto nie ponosi odpowiedzialności za obrażenia lub szkody spowodowane działaniami innych osób, wadliwymi warunkami, do których Miasto się aktywnie nie przyczyniło, lub o których nie zostało wcześniej powiadomione, ani za „siły wyższe”.

Chociaż należy złożyć zawiadomienie o roszczeniu do Biura Kontrolera w ciągu 90 dni od zdarzenia, nie musisz dochodzić swojego roszczenia w ramach postępowania przez Biuro Kontrolera. Po upływie 30 dni od złożenia wniosku i jeżeli zastosowałeś się do prośby Kontrolera dotyczącej 50-godzinnego przesłuchania (wywiadu z powodem pod przysięgą), możesz złożyć pozew w sądzie. Pozew sądowy musi zostać złożony w ciągu 1 roku i 90 dni od daty zdarzenia.

Należy pamiętać, że postępowanie roszczeniowe nie zapewnia dostępu do środków pomocowych związanych z klęskami żywiołowymi. Pomoc może być dostępna za pośrednictwem innych agencji miejskich, stanowych lub federalnych bądź organizacji non-profit. Źródłem informacji może być strona Biura Zarządzania Kryzysowego miasta Nowy Jork. (<https://www1.nyc.gov/site/em/resources/tips-links.page>)

Składanie wniosku o odszkodowanie

WNIOSEK O ODSZKODOWANIE MUSI ZOSTAĆ ZŁOŻONY W CIĄGU 90 DNI OD INCYDENTU. Wnioski o odszkodowanie mogą być składane przez stronę internetową Biura Kontrolera Miejskiego, osobiście albo za pomocą poczty poleconej. Wniosków tych **nie można** składać pocztą elektroniczną.

Na naszej stronie internetowej dostępnych jest kilka rodzajów formularzy wnioskowych:

- **Formularz roszczeniowy z tytułu obrażeń ciała**, jeżeli Twoje roszczenie dotyczy obrażeń ciała. Formularz można pobrać tutaj: (<https://comptroller.nyc.gov/services/for-the-public/claims/e-filing/>) i jest również dołączony do tej broszury.
- **Formularz roszczeniowy z tytułu zatrudnienia przez Miasto Nowy Jork**, jeżeli twój wniosek dotyczy warunków twojego zatrudnienia jako pracownika Miasta Nowy Jork.

- **Formularz roszczeniowy z tytułu szkody spowodowanej przez wodę**, jeżeli roszczenie dotyczy zatkania kanalizacji lub przerwy w dostawie wody.
- **Formularz roszczeniowy z tytułu uszkodzenia pojazdu**, jeżeli roszczenie dotyczy uszkodzenia pojazdu.
- **Formularz roszczeniowy z tytułu uszkodzenia lub utraty mienia** w przypadku wszystkich innych roszczeń z tytułu uszkodzenia mienia.

W przypadku pytań dotyczących sposobu zgłaszania wniosków o odszkodowanie prosimy odwiedzić naszą stronę internetową, gdzie znajdują się odpowiedzi na często zadawane pytania: <https://comptroller.nyc.gov/services/for-the-public/claims/general-faqs/> lub zadzwonić do Community Action Center pod numer **(212) 669-3916**. Z Community Action Center można również się kontaktować pod adresem: **action@comptroller.nyc.gov** lub za pośrednictwem portalu internetowego: <https://comptroller.nyc.gov/about/contactour-office/>.

Po złożeniu wniosku roszczeniowego, nadany zostaje numer sprawy i wysłany do powoda. Numer sprawy należy podawać lub dołączać do wszelkiej korespondencji z Biurem Kontrolera.

Możesz złożyć wniosek samodzielnie lub zatrudnić prawnika, który zrobi to w twoim imieniu. Biuro Kontrolera regularnie rozstrzyga roszczenia od powodów reprezentowanych przez prawników, jak i niereprezentowanych.

Rozpatrywanie wniosku o odszkodowanie

Po złożeniu wniosku o odszkodowanie Biuro Kontrolera prowadzi dochodzenie w celu ustalenia czy zaniedbanie lub niewłaściwe działania ze strony Miasta spowodowały szkody oraz w celu ustalenia godziwej i rozsądnej wysokości odszkodowania zgodnie z prawem. Dochodzenie obejmuje zbieranie informacji od powoda, zaangażowanych agencji miejskich i innych odpowiednich źródeł. Jako osoba składająca wniosek możesz zostać poproszony o informacje na poparcie swojego roszczenia, takie jak zdjęcia, rachunki, faktury, szacunki, informacje o ubezpieczeniu i/lub dokumentacja medyczna.

Może się zdarzyć, że będziesz musiał stawić się na 50-godzinny przesłuchaniu (rozmowie pod przysięgą), aby złożyć zeznania dotyczące twojego roszczenia. Biuro Kontrolera może skontaktować się z tobą w celu umówienia się na inspekcję uszkodzonego mienia.

Forma dochodzenia zależy od faktów i okoliczności roszczenia. Dochodzenie może zająć trochę czasu. Ponieważ dochodzenia wymagają uzyskania informacji ze źródeł zewnętrznych, czas ich przeprowadzania i rozstrzygania jest różny.

Kontroler może rozstrzygać roszczenia wyłącznie do 1 roku i 90 dni od daty zdarzenia. Zdarza się, że dochodzenie nie może zostać zakończone w tym terminie, wówczas Biuro Kontrolera nie zaoferuje ugody. Aby dochodzić odszkodowania, musisz złożyć pozew w sądzie w ciągu 1 roku i 90 dni od daty zdarzenia.

Oferły, ugody i odmowy uznania roszczeń

Jeżeli zostanie ustalone, że Miasto nie jest prawnie odpowiedzialne za szkody, Biuro Kontrolera odrzuci twój wniosek. Powodowie mogą kontynuować roszczenia o odszkodowanie poprzez złożenie wniosku w sądzie. Wnioski sądowe muszą być złożone w ciągu roku i 90 dni od daty incydentu.

Jeżeli zostanie ustalone, że Miasto jest odpowiedzialne za szkodę, Biuro Kontrolera może zaproponować ci ugodę, wysyłając list z ofertą i zwolnieniem (release) lub dzwoniąc do ciebie z propozycją ugody i wysyłając list z ugodą i zwolnieniem po ustnej zgodzie na ugodę.

Zwolnienie (release) to dokument prawny, w którym wyrażasz zgodę na zaprzestanie roszczenia o odszkodowanie wobec Miasta w zamian za zapłatę oferowanej kwoty ugody.

Ofertę ugody możesz zaakceptować podpisując i odsyłając zwolnienie w ciągu 30 dni. Jeśli zwrócisz podpisane dokumenty, płatność zostanie wysłana pocztą.

Aby omówić swoje roszczenie lub ofertę ugody, albo poprosić o więcej czasu na rozważenie oferty ugody, możesz zadzwonić do Biura Kontrolera. Dane kontaktowe egzaminatora rozpatrującego twój wniosek zostaną zawarte w liście ofertowym.

NIE WSZYSTKIE ROSZCZENIA KOŃCZĄ SIĘ UGODĄ OFEROWANĄ PRZEZ BIURO KONTROLERA. Jeśli nie chcesz dochodzić swojego roszczenia przez Biuro Kontrolera, jeśli Biuro Kontrolera nie jest w stanie przedstawić ci oferty ugody lub odrzuca twoje roszczenie, lub jeśli nie można osiągnąć ugody z Biurem Kontrolera, możesz dochodzić odszkodowania w drodze pozwu sądowego. Przepisy przewidują rygorystyczne terminy na wniesienie pozwu przeciwko Miastu. Przed złożeniem pozwu w sądzie należy odczekać 30 dni od złożenia wniosku roszczeniowego i spełnić wymagania Biura Kontrolera dotyczące 50-godzinnego przesłuchania pod przysięgą. Pozwy w sądzie należy składać w terminie 1 roku i 90 dni od daty zdarzenia.

JEŻELI TWOJE ROSZCZENIE NIE ZOSTAŁO ROZSTRZYGNIĘTE, ALE CHCESZ UBIEGAĆ SIĘ O ODSZKODOWANIE OD MIASTA, MUSISZ ZŁOŻYĆ POZEW W CIĄGU 1 ROKU I 90 DNI OD ZDARZENIA. BIURO KONTROLERA NIE MOŻE ROZPATRYWAĆ ROSZCZEŃ PO UPŁYWIE 1 ROKU I 90 DNI OD INCYDENTU LUB PO TYM JAK ZŁOŻONY ZOSTANIE WNIOSEK SĄDOWY.

Oferty odszkodowania i ugody nie stanowią uznania odpowiedzialności.

Wskazówki dotyczące składania roszczeń i formularzy roszczeniowych

➤ Składanie roszczeń za pomocą papierowego formularza

W załączeniu znajdują się kopie formularzy roszczeniowych z tytułu obrażeń ciała, zatrudnienia w mieście, szkód spowodowanych przez wodę, szkód w mieniu pojazdów oraz formularzy roszczeniowych z tytułu uszkodzenia lub utraty mienia. Formularze roszczeniowe w formie papierowej muszą być **POŚWIADCZONE NOTARIALNIE**.

Formularz w formie papierowej można doręczyć:

Osobiście pod adres 1 Centre Street, Room 1225, New York, New York, 10007, albo

Za pomocą **POCZTY POLECONEJ** do Office of the New York City Comptroller, 1 Centre Street, Room 1225, New York, NY 10007.

Jeśli twój papierowy wniosek nie zostanie odpowiednio poświadczony notarialnie i/lub doręczony, może to skutkować odrzuceniem twojego roszczenia.

Należy pamiętać, że Biuro Kontrolera **NIE MOŻE** poświadczyć twojego formularza ani sporządzić kopii formularza roszczeniowego i dokumentacji uzupełniającej. Przed udaniem się do Biura Kontrolera pamiętaj o notarialnym potwierdzeniu wniosku i wykonaniu wszelkich kserokopii potrzebnych do dokumentacji.

➤ Składanie wniosku drogą elektroniczną

Możesz także złożyć wniosek za pośrednictwem systemu zgłoszeń eClaim. **POLECAMY KORZYSTANIE Z SYSTEMU eCLAIM PRZY ZGŁASZANIU ROSZCZEŃ**, bo przyspiesza procedurę rozpatrywania wniosków i nie wymaga notarialnego poświadczenia.

Złożenie wniosku drogą elektroniczną jest dostępne na stronie internetowej Biura Kontrolera pod adresem: <https://comptroller.nyc.gov/services/forthe-public/claims/e-filing/>.

➤ Dokumentacja wniosku

Jeśli posiadasz zdjęcia, raporty policyjne, rachunki, faktury, pokwitowania, szacunki, dokumentację medyczną, dokumenty ubezpieczeniowe lub jakąkolwiek inną dokumentację potwierdzającą Twoje roszczenie, zachęcamy cię do dostarczenia tych dokumentów podczas składania wniosku. Możesz przesać papierowe kopie wszelkiej dokumentacji uzupełniającej wraz z wnioskiem o odszkodowanie, składając wniosek osobiście lub listem poleconym/potwierdzonym. Dokumentację uzupełniającą można także przesać drogą elektroniczną przez system zgłoszeń eClaim. Jeżeli posiadasz dodatkowe dokumenty, które chcesz przesać po złożeniu wniosku, skontaktuj się ze swoim egzaminatorem roszczenia.

➤ Język wniosków o odszkodowanie

WNIOSEK O ODSZKODOWANIE MUSI BYĆ WYPEŁNIONY W JĘZYKU ANGIELSKIM. Zgodnie z przepisami i zasadami praktyki cywilnej stanu Nowy Jork, §2101 (b), wszystkie dokumenty składane w związku z postępowaniem sądowym przed sądami cywilnymi w Nowym Jorku muszą być sporządzone w języku angielskim.



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:		<i>Format: MM/DD/YYYY</i>	
Time of Incident:		<i>Format: HH:MM AM/PM</i>	
Dismissal Date:		<i>(Police related claims only)</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 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*

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.



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?	☐ Yes ☐ 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?	☐ 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

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	☐	☐
Making a right turn	☐	☐
Making a left turn	☐	☐
Making a U-turn	☐	☐
Starting from a parked position	☐	☐
Starting in traffic	☐	☐
Slowing or stopping	☐	☐
Stopped in traffic	☐	☐
Entered a parked position	☐	☐
Parked	☐	☐
Avoiding object in roadway	☐	☐
Overtaking	☐	☐
Merging	☐	☐
Backing	☐	☐
Changing lanes	☐	☐
Other	☐	☐

Roadway surface conditions - Check all that apply

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ Dry | ☐ Snow or ice |
| ☐ Wet | ☐ Slush |
| ☐ Construction (man-made cut) | ☐ Muddy |
| ☐ Potholes (wear & tear condition) | ☐ Other |

Traffic Control

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ None | ☐ Red - Green |
| ☐ Red - Green - Yellow | ☐ Stop Sign |
| ☐ Flashing | ☐ Not Working |
| ☐ Person directing traffic | |

Weather Conditions

- | | | |
|--|--------------------------------|---|
| ☐ Clear | ☐ Rain | ☐ Fog/Smoke/Smog |
| ☐ Sleet/Hail/Freezing/Rain/Snow | ☐ Other | |

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

Left Turn ☐ 1	Rear End ☐ 2	Overtaking ☐ 3
Left Turn ☐ 4	Right Angle ☐ 5	Right Turn ☐ 6
Right Turn ☐ 7	Head On ☐ 8	Sideswipe ☐ 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 _____