



NEW YORK CITY COMPTROLLER
MARK LEVINE

Подача претензии в Управление ревизора города Нью-Йорка

ЯНВАРЬ 2026 года



Эта информационная брошюра подготовлена в качестве государственной услуги, призванной помочь истцам подавать уведомления о претензиях к Муниципалитету города Нью-Йорка. Информация, содержащаяся в настоящем документе, никоим образом не является юридической консультацией. Хотя для подачи претензии к Муниципалитету адвокат не нужен, истцам следует рассмотреть возможность обращения за юридической консультацией к адвокату.

Содержание

Что собой представляет претензия?.....	1
Подача претензии.....	2
Расследование по претензии	3
Предложения, урегулирование и отклонение претензии	3
Советы в отношении подачи претензии и формы претензий	4
➤ Подача формы претензии в бумажном виде.....	4
➤ Подача претензий с использованием системы подачи претензий в электронном виде (eClaim)	5
➤ Документы, обосновывающие претензию	5
➤ Язык уведомления о претензии.....	5
Форма претензии в связи с причинением личного вреда	6
Форма претензии, связанной с работой муниципального служащего	11
Форма претензии, связанной с ущербом, причиненным порывом канализации или водопровода	14
Форма претензии в связи с причинением вреда транспортному имуществу	21
<i>Форма претензии в связи с нанесением ущерба имуществу или его утратой.....</i>	<i>27</i>

Что собой представляет претензия?

Претензия к Муниципалитету города Нью-Йорка (далее «Муниципалитет») — это заявление о том, что вам или вашему имуществу был причинен ущерб вследствие действий или бездействия Муниципалитета. Чтобы начать процесс рассмотрения претензий, необходимо подать уведомление о претензии.

Закон требует, чтобы лицо, имеющее претензию к Муниципалитету (истец), подало уведомление о претензии в Управление ревизора (Comptroller's Office), прежде чем обращаться в суд с иском. Уведомление о претензии необходимо подать в Управление ревизора в течение 90 дней с момента инцидента. Закон также позволяет Управлению ревизора расследовать претензии и оценивать стоимость причиненного ущерба, а также предлагать досрочное урегулирование этих потенциальных судебных исков, если расследование покажет, что Муниципалитет может нести ответственность за понесенный ущерб.

Муниципалитет может нести ответственность, если вам или вашему имуществу был причинен ущерб вследствие действия, совершенного по небрежности, оплошность или неправомерного действия. Однако Муниципалитет не всегда несет ответственности за причинение вреда или ущерба. Каждая претензия рассматривается по существу, основываясь на фактах и законе. Как правило, Муниципалитет не несет ответственности за вред или ущерб, причиненные действиями других лиц, дефектным состоянием, к которому Муниципалитет активно не причастен или о котором ранее не сообщалось, а также стихийными бедствиями.

Хотя вы должны подать уведомление о претензии в Управление ревизора в течение 90 дней с момента инцидента, вам не обязательно добиваться урегулирования вашей претензии в рамках процедуры рассмотрения претензий Управления ревизора. По истечении 30 дней с момента подачи вашего уведомления о претензии и если вы полностью выполнили запрос ревизора на проведение слушания по разделу 50-h (собеседование с истцом под присягой), вы можете подать иск в суд. Иски необходимо подавать в суд в течение 1 года и 90 дней с момента инцидента.

Обратите внимание, что процесс рассмотрения претензий не обеспечивает доступа к ресурсам по оказанию помощи в случае стихийных бедствий. Ресурсы по оказанию помощи в случае стихийных бедствий могут быть доступны через другие муниципальные, штатные и федеральные агентства или некоммерческие организации. Информацию о них можно найти на странице Управления по чрезвычайным ситуациям города Нью-Йорка, посвященной ресурсам по оказанию помощи и восстановлению (New York City Office of Emergency Management's Relief and Recovery Resources). (<https://www1.nyc.gov/site/em/resources/tips-links.page>)

Подача претензии

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРЕТЕНЗИИ НЕОБХОДИМО ПОДАТЬ В ТЕЧЕНИЕ 90 ДНЕЙ С МОМЕНТА ИНЦИДЕНТА. Уведомления о претензиях можно подавать онлайн на веб-сайте ревизора или лично, либо отправлять заказным или ценным письмом. Уведомления о претензиях **нельзя** отправлять по электронной почте.

Несколько форм претензий есть на нашем веб-сайте

- (<https://comptroller.nyc.gov/services/for-the-public/claims/e-filing/>) и с тыльной стороны этой брошюры. Используйте: **форму претензии в связи с причинением личного вреда (Personal Injury Claim Form)**, если ваша претензия связана с причинением вреда лично вам;
- **форму претензии, связанной с работой муниципального служащего (City Employment Claim Form)**, если претензия касается условий вашей работы в качестве сотрудника муниципальной службы/организации г. Нью-Йорка;
- **форму претензии, связанной с ущербом, причиненным прорывом канализации или водопровода (Water Damage Claim Form)**, если ваша претензия связана с засорением канализационной трубы или прорывом магистрального водопровода;
- **форму претензии в связи с причинением вреда транспортному имуществу (Vehicular Property Damage Claim Form)**, если ваша претензия связана с причинением вреда вашему автотранспортному средству;
- **форму претензии в связи с нанесением ущерба имуществу или его утратой (Property Damage or Loss Claim Form)**, если претензии связаны с причинением ущерба какому-либо иному имуществу.

Ответы на вопросы, касающиеся подачи претензии, можно найти в разделе «Часто задаваемые вопросы» на нашем веб-сайте <https://comptroller.nyc.gov/services/for-the-public/claims/general-faqs/> или позвонив в Центр общественных действий (Community Action Center) по телефону **(212) 669-3916**. В Центр общественных действий также можно обратиться по электронной почте (адрес: action@comptroller.nyc.gov) или через веб-портал по адресу <https://comptroller.nyc.gov/about/contactour-office/>.

После подачи уведомления о претензии ей будет присвоен номер, который будет отправлен истцу. Номер претензии следует указывать во всей переписке с Управлением ревизора и ссылаться на него во время общения с его сотрудниками.

Вы можете подать претензию самостоятельно или нанять адвоката, который сделает это от вашего имени. Управление ревизора регулярно улаживает претензии как с представленными, так и с не представленными адвокатом истцами.

Расследование по претензии

После подачи уведомления о претензии, Управление ревизора проводит расследование, чтобы установить, были ли халатность или неправомерные действия со стороны Муниципалитета причиной нанесенного ущерба, и определить справедливую и обоснованную стоимость ущерба в соответствии с законом. Расследование включает в себя сбор информации от истца, соответствующего городского агентства и других источников, имеющих отношение к делу. Вас как истца могут попросить предоставить информацию в обоснование вашей претензии, например фотографии, счета, накладные, сметы, информацию о страховании и/или медицинские документы. Возможно, от вас потребуют явиться на слушание по разделу 50-й (собеседование под присягой) для дачи показаний по вашей претензии. С вами могут связаться для согласования времени осмотра поврежденного имущества.

Каждое расследование имеет свою специфику, и его проведение зависит от фактов и обстоятельств, изложенных в претензии. Расследование может занять некоторое время. Поскольку расследование предполагает получение информации из внешних источников, время, необходимое для расследования и разрешения претензии, меняется от случая к случаю.

Ревизор может урегулировать претензию только в течение 1 года и 90 дней со дня инцидента. Иногда расследование не может быть завершено в указанный срок, и Управление ревизора не предложит урегулирование. Чтобы добиться урегулирования претензии, вы должны подать иск в суд в течение 1 года и 90 дней с момента инцидента.

Предложения, урегулирование и отклонение претензии—

Если будет установлено, что Муниципалитет по закону не несет ответственности за ущерб, Управление ревизора отклонит вашу претензию. Истцы могут продолжить добиваться рассмотрения своих претензий, подав иск в суд. Иски необходимо подавать в суд в течение 1 года и 90 дней с момента инцидента.

Если будет установлено, что Муниципалитет может нести ответственность за ущерб, Управление ревизора может предложить вам урегулирование: отправить письмо с предложением урегулирования и отказа от претензии или позвонить вам, чтобы предложить урегулирование и отправку вам письма с предложением урегулирования и отказа от претензии после устного согласования деталей. Отказ от претензии — это юридический документ, в котором вы соглашаетесь прекратить предъявлять Муниципалитету претензию на возмещение ущерба в обмен на выплату предложенной суммы по компенсации ущерба.

Вы можете принять предложение об урегулировании, подписав и вернув отказ от претензии в течение 30 дней. Если вы вернете подписанный отказ от претензии, платеж будет отправлен вам по почте.

Чтобы обсудить вашу претензию или предложение об урегулировании или попросить дополнительное время для рассмотрения предложения об урегулировании, вы можете позвонить в Управление ревизора. Контактная информация сотрудника, рассматривающего вашу претензию, будет включена в письмо с предложением.

НЕ ВСЕ ПРЕТЕНЗИИ БУДУТ УРЕГУЛИРОВАНЫ В УПРАВЛЕНИИ РЕВИЗОРА. Если вы не хотите продолжать рассмотрение претензии в Управлении ревизора, если Управление ревизора не может выработать предложение об урегулировании или отклоняет вашу претензию, либо если не удается достичь урегулирования претензии в Управлении ревизора, вы можете продолжить добиваться рассмотрения претензии, подав иск в суд. Закон устанавливает жесткие сроки подачи претензии к Муниципалитету. Вы должны подождать 30 дней после подачи уведомления о претензии и полностью выполнить запрос ревизора на проведение слушания по разделу 50-h (собеседование под присягой), прежде чем подать иск в суд. Иски необходимо подавать в суд в течение 1 года и 90 дней с момента инцидента.

ЕЛИ ВАША ПРЕТЕНЗИЯ К МУНИЦИПАЛИТЕТУ НЕ БЫЛА УДОВЛЕТВОРЕНА, НО ВЫ ХОТИТЕ ДОБИТЬСЯ ЕЕ УРЕГУЛИРОВАНИЯ, НЕОБХОДИМО ПОДАТЬ ИСК В СУД В ТЕЧЕНИЕ 1 ГОДА И 90 ДНЕЙ С МОМЕНТА ИНЦИДЕНТА. ОФИС РЕВИЗОРА НЕ МОЖЕТ УРЕГУЛИРОВАТЬ ПРЕТЕНЗИИ ПО ИСТЕЧЕНИИ 1 ГОДА И 90 ДНЕЙ ИЛИ ПОСЛЕ ПОДАЧИ ИСКА В СУД.

Предложения об урегулировании и урегулирование не являются признанием ответственности.

Советы в отношении подачи претензии и формы претензий

➤ Подача формы претензии в бумажном виде

К брошюре прилагаются копии следующих форм: форма претензии в связи с причинением личного вреда; форма претензии, связанной с работой муниципального служащего; форма претензии, связанной с ущербом, причиненным прорывом канализации или водопровода; форма претензии в связи с причинением вреда транспортному имуществу; форма претензии в связи с нанесением ущерба имуществу или его утратой. Претензии в бумажном виде должны быть **НОТАРИАЛЬНО ЗАВЕРЕНЫ**.

Претензии в бумажном виде можно:

подать **лично** по адресу 1 Centre Street, Room 1225, New York, New York 10007, или

отправить **ЗАКАЗНЫМ ИЛИ ЦЕННЫМ ПИСЬМОМ** по адресу Office of the New York City Comptroller, 1 Centre Street, Room 1225, New York, NY 10007.

Если ваша претензия в бумажном виде не будет должным образом нотариально заверена и/или подана, это может привести к ее отклонению.

Обратите внимание, что Управление ревизора **НЕ МОЖЕТ** нотариально заверить форму претензии или сделать копии формы претензии и обосновывающих претензию документов. Обязательно нотариально заверьте форму претензии и сделайте все необходимые ксерокопии документов, прежде чем обратиться в Управление ревизора.

➤ **Подача претензий с использованием системы подачи претензий в электронном виде (eClaim)**

Вы также можете подать претензию через систему подачи претензий в электронном виде eClaim. **РЕКОМЕНДУЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ СИСТЕМУ ПОДАЧИ ПРЕТЕНЗИЙ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ ECLAIM.** В этом случае нотариальное заверение не требуется и претензия будет обработана быстрее.

eClaim доступна на веб-сайте ревизора по адресу:

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

➤ **Документы, обосновывающие претензию**

Если у вас есть фотографии, полицейские отчеты, счета, накладные, квитанции, сметы, экспертные оценки, медицинские документы, страховые документы или любая другая документация, обосновывающая вашу претензию, рекомендуем вам предоставить эти документы при подаче претензии. Вы можете предоставить бумажные копии всех обосновывающих претензию документов вместе с формой претензии при подаче лично или заказным/ценным письмом. Документы, обосновывающие претензию, также можно загрузить в eClaim при подаче претензии в электронном виде. Если у вас появятся дополнительные документы, которые вы хотели бы предоставить после того, как подадите претензию, свяжитесь с сотрудником, который занимается рассмотрением вашей претензии.

➤ **Язык уведомления о претензии**

УВЕДОМЛЕНИЯ О ПРЕТЕНЗИЯХ ДОЛЖНЫ БЫТЬ СОСТАВЛЕНЫ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ.

В соответствии с положениям §2101(b) Свода законов и правил гражданского судопроизводства штата Нью-Йорк, все документы, поданные в связи с судебным разбирательством в гражданских судах Нью-Йорка, должны быть составлены на английском языке.



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?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 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:

Total:		

Compensatory time:

Differential:

Annual Leave/Vacation:

Sick Leave:

Salary:

Additional Claimed Damages

Amount:

Specify:

Total:	

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

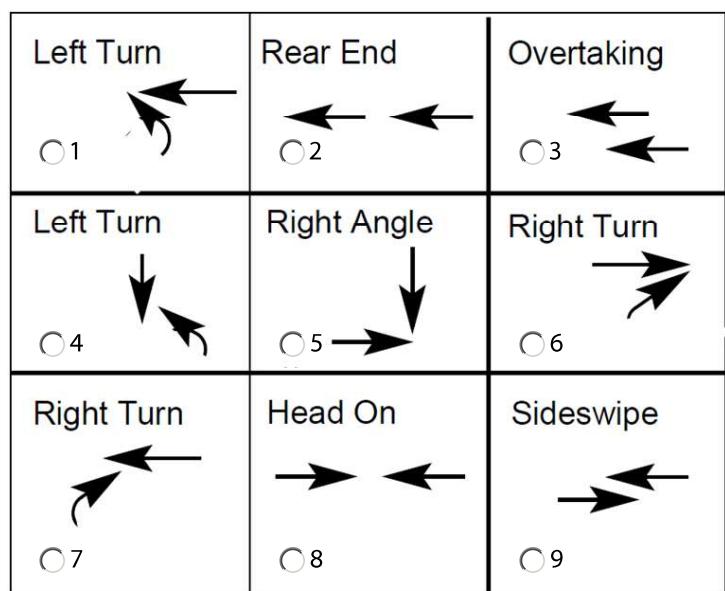
Traffic Control

<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 _____