

نيو يارك سٽيٽ كمپٽرولر آفس ميں دعويٰ دائر کرنا

جنوری 2026



يہ معلوماتی کتابچہ ایک عوامی خدمت کے طور پر بنایا گیا ہے تاکہ دعویداروں کو سٽيٽ آف نیو یارک کے خلاف دعوے کے نوٹس دائر کرنے میں مدد ملے۔ یہاں موجود معلومات کا مقصد کسی بھی طرح سے قانونی مشورہ نہیں ہے۔ جب کہ آپ کو سٽيٽ کے خلاف دعویٰ دائر کرنے کے لیے کسی وکیل کی ضرورت نہیں ہے، دعویداروں کو وکیل سے قانونی مشورہ لینے پر غور کرنا چاہیے۔

مشمولات

1.....	دعوی کیا ہے؟.....
2.....	دعوی دائر کرنا.....
2.....	دعوے کی تحقیقات کرنا.....
3.....	پیشکشیں، تصفیہ، اور دعوی کو مسترد کرنا.....
4.....	دعوی اور دعوی فارم فائل کرنے کے لیے تجاویز.....
4.....	• کاغذی دعوی فارم فائل کرنا.....
4.....	• ای کلیم فائلنگ.....
4.....	• دعوے کی دستاویزات.....
4.....	• دعوے کے نوٹسز کی زبان.....
5.....	ذاتی چوت کا دعوی فارم.....
10.....	سٹی ایمپلائمنٹ دعوی فارم.....
13.....	پانی سے نقصان یا نقصان کا دعوی فارم.....
20.....	گاڑیوں کی املاک کو پہنچنے والے نقصان کا دعوی فارم.....
26.....	جائیداد کو پہنچنے والے نقصان یا نقصان کا دعوی فارم.....

دعوی کیا ہے؟

سٹی آف نیو یارک (شہر) کے خلاف دعوی ایک الزام ہے کہ آپ یا آپ کی جائیداد کو کسی ایسے کام کی وجہ سے نقصان پہنچا ہے جو سٹی نے کیا یا کرنے میں ناکام ریا ہے۔ دعوے کا عمل شروع کرنے کے لیے آپ کو دعوی کا نوٹس دائر کرنا پوگا۔

قانون ایک ایسے شخص (دعوی کرنے والا) سے تقاضا کرتا ہے جس کا سٹی کے خلاف دعوی ہے اس سے پہلے کہ وہ عدالت میں مقدمہ دائر کرے۔ دعوی کا نوٹس واقعہ کے 90 دنوں کے اندر کمپیٹولر آفس میں درج کیا جانا چاہیے۔ یہ قانون کمپیٹولر آفس کو دعووں کی تحقیقات اور جانچ کرنے کی اجازت دیتا ہے اور اگر تحقیقات سے پتہ چلتا ہے کہ سٹی نقصانات کی ذمہ دار ہو سکتی ہے تو ان کی ممکنہ قانونی چارہ جوئی کے بعد جلد از جلد تصفیہ کی پیشکش کر سکتا ہے۔

سٹی ذمہ دار ہو سکتی ہے جب کسی غفلت یا کوتاہی یا غلط اقدام سے آپ کو یا آپ کی املاک کو نقصان پہنچے۔ تاہم سٹی تمام حادثاتی چوٹوں اور نقصانات کے لیے ذمہ دار نہیں ہے۔ ہر دعوے کا جائزہ حقائق اور قانون کی بنیاد پر اس کے معیار پر ہوتا ہے۔ عام طور پر سٹی دوسروں کے عمل کی وجہ سے ہوئے والی حادثاتی چوٹوں یا نقصانات کے لیے ذمہ دار نہیں ہے نافض حالات جو سٹی کے سبب پیدا نہیں ہوئے یا اس کی کوئی پیشگی اطلاع نہیں تھی یا "قدرتی حادثات"۔

آپ کو وقوعہ کے 90 دنوں کے اندر کمپیٹولر آفس میں دعوی کا نوٹس دائر کرنا ہوگا آپ کو کمپیٹولر آفس کے دعووں کے ذریعہ اپنے دعوے کے تصفیہ کی پیروی کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ آپ کے دعوے کے نوٹس کے دائر کرنے کے 30 دن کے بعد اگر آپ نے 50 گھنٹے کی سماعت (حلف کے تحت مدعی کا انٹرویو) کے لیے کسی بھی کمپیٹولر کی درخواست کو مکمل کیا ہے تو آپ عدالت میں مقدمہ دائر کر سکتے ہیں۔ وقوعہ کی تاریخ کے 1 سال اور 90 دنوں کے اندر عدالت میں مقدمہ دائر کیا جانا چاہیے۔

براہ کرم نوٹ کریں کہ دعووں کا عمل تباہی سے متعلق امدادی وسائل تک رسائی فراہم نہیں کرتا ہے۔ امدادی وسائل دوسرے شہر، ریاست، یا وفاقی ایجنسیوں یا غیر منافع بخش تنظیموں کے ذریعہ دستیاب ہو سکتے ہیں۔ نیو یارک سٹی آفس آف ایمرجنسی مینیجنمنٹ کا ریلیف اینڈ ریکوری ریسورسز کی ویب سائٹ معلومات کا ذریعہ ہو سکتی ہے۔
(<https://www1.nyc.gov/site/em/resources/tips-links.page>)

دعویٰ دائر کرنا

دعویٰ کا نوٹس واقعہ کے 90 دنوں کے اندر دائر کیا جانا چاہیے۔ دعوے کے نوٹس کمپرولر کی ویب سائٹ کے ذریعے آن لائن، ذاتی طور پر یا رجسٹرڈ یا تصدیق شدہ میل کے ذریعے دائر کیے جا سکتے ہیں۔ دعوے کے نوٹس ای میل کے ذریعے دائر نہیں کیے جا سکتے۔

بُماری ویب سائٹ پر دعوے کے کئی قسم کے فارم دستیاب ہیں۔ <https://comptroller.nyc.gov/services/for-the-public/claims/e-filing/> اور اس کتابچے کے پیچھے منسلک ہیں۔ براہ کرم استعمال کریں: ذاتی چوت کا دعویٰ فارم اگر آپ کے دعوے میں آپ کے شخص کو چوت لگی ہے۔

سٹی ایمپلائمنٹ کلیم فارم اگر آپ کے دعوے میں سٹی آف نیو یارک کے ملازم کی حیثیت سے آپ کی ملازمت کی شرائط و ضوابط شامل ہیں۔

اگر آپ کے دعوے میں گٹر کا بیک اپ یا پانی کا مین بریک شامل ہے تو پانی کے نقصان کا دعویٰ فارم۔

اگر آپ کے دعوے میں آپ کی موثر گاڑی کو نقصان پہنچا ہے تو گاڑیوں کی املاک کو پہنچنے والے نقصان کا دعویٰ فارم۔

جائیداد کو پہنچنے والے نقصان یا دیگر تمام املاک کو پہنچنے والے نقصان کے لیے دعویٰ فارم۔

دعویٰ دائر کرنے کے بارے میں سوالات کے لیے، براہ کرم اکثر پوچھے گئے سوالات کے جوابات ہماری ویب سائٹ <https://comptroller.nyc.gov/services/for-the-public/claims/general-faqs/> پر دیکھیں یا کمیونٹی ایکشن سینٹر action@comptroller.nyc.gov پر ای میل کے ذریعے یا مرکز (3916) 669-669 (212) پر۔ کمیونٹی ایکشن سینٹر <https://comptroller.nyc.gov/about/contactour-office> ویب پورٹل پر بھی دستیاب ہے۔

دعویٰ کا نوٹس داخل کرنے کے بعد دعویٰ نمبر جاری کیا جائے گا اور دعویدار کو بھیجا جائے گا۔ دعویٰ نمبر کا حوالہ کمپرولر آفس کے ساتھ تمام مواصلات میں شامل کیا جانا چاہئے۔

آپ خود ایک دعویٰ دائر کر سکتے ہیں یا اپنی طرف سے ایسا کرنے کے لیے کسی وکیل کی خدمات حاصل کر سکتے ہیں۔ کمپرولر آفس باقاعدگی سے نمائندہ اور غیر نمائندہ دونوں دعویداروں کے ساتھ تصفیہ کرتا ہے۔

دعوے کی تحقیقات کرنا

دعوے کا نوٹس دائر کیے جانے کے بعد کمپرولر آفس اس بات کا تعین کرنے کے لیے تحقیقات کرتا ہے کہ آیا سٹی کی غفلت یا غلط کارروائیوں کی وجہ سے نقصان ہوا اور قانون کے تحت نقصانات کی منصافانہ اور معقول قیمت کا تعین کرنا۔ تفتیش میں دعویدار، متعلقہ سٹی ایجنسی اور دیگر متعلقہ ذرائع سے معلومات اکٹھی کرنا شامل ہے۔ ایک دعویدار کے طور پر آپ سے اپنے دعوے کی حمایت کے معلومات طلب کی جا سکتی ہیں جیسے تصاویر، بل، رسیدین، تخمینہ، انشورنس کی معلومات اور طبی ریکارڈ۔ آپ کو اپنے دعوے کے بارے میں گواہی دینے کے لیے 50 گھنٹے کی سماعت (حلف کے تحت انٹرویو) میں حاضر ہونے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ آپ کی تباہ شدہ جائیداد کے معانئے کے لیے آپ سے رابطہ کیا جا سکتا ہے۔

پر تفتیش دعوے کے حقائق اور حالات کے لیے مخصوص ہے۔ تفتیش میں کچھ وقت لگ سکتا ہے۔ چونکہ تحقیقات میں بیرونی ذرائع سے معلومات حاصل کرنا شامل ہوتا ہے اس لیے دعویٰ کی تحقیقات اور حل کرنے کے لیے درکار وقت مختلف ہوتا ہے۔

کمپرولر واقعہ کی تاریخ سے صرف 1 سال اور 90 دن تک کے دعووں کا تصفیہ کر سکتا ہے۔ بعض اوقات اس ٹائم فریم میں تفتیش مکمل نہیں کی جا سکتی اور کمپرولر آفس تصفیہ کی پیشکش نہیں کرے گا۔ اینے دعوے کی بیروی کرنے کے لیے آپ کو واقع کی تاریخ کے 1 سال اور 90 دنوں کے اندر عدالت میں مقدمہ دائر کرنا چاہیے۔

پیشکشیں، تصفیے، اور دعویٰ کو مسترد کرنا

اگر یہ طے ہوتا ہے کہ سٹی نقصان کے لیے قانونی طور پر ذمہ دار نہیں ہے تو کمپنی آفس آپ کے دعوے کو مسترد کر دے گا۔ دعویدار عدالت میں مقدمہ دائر کر کے اپنے دعووں کی مزید پیروی کر سکتے ہیں۔ وقوعہ کی تاریخ کے 1 سال اور 90 دنوں کے اندر عدالت میں مقدمہ دائر کیا جانا چاہیے۔

اگر یہ طے کیا جاتا ہے کہ سٹی نقصان کے لیے ذمہ دار ہو سکتی ہے تو کمپنی آفس آپ کو ایک تحریری پیشکش اور قانونی دستاویز جاری کرتا ہے یا آپ کو تصفیے کی پیشکش کرنے کے لیے کال کر کے اور آپ کو ایک خط بھیج کر اور زبانی طور پر تصفیے پر رضامندی کے بعد آپ کو تصفیے کی پیشکش کرتا ہے۔ ریلیز ایک قانونی دستاویز ہے جس میں آپ پیش کردہ تصفیے کی رقم ادا کیے جانے کے عوض سٹی کے خلاف پرجنے کے لیے اپنا دعویٰ ختم کرنے پر رضامند ہوتے ہیں۔

آپ 30 دنوں کے اندر ریلیز پر دستخط کر کے اور واپس کر کے تصفیے کی پیشکش کو قبول کر سکتے ہیں۔ اگر آپ دستخط شدہ قانونی دستاویز واپس کرتے ہیں تو ادائیگی کی رقم آپ کو بھیج دی جائے گی۔

اپنے دعوے یا تصفیے کی پیشکش پر بحث کرنے یا تصفیے کی پیشکش پر غور کرنے کے لیے مزید وقت کی درخواست کے لیے کمپنی آفس کو کال کر سکتے ہیں۔ آپ کے دعوے کو جانچنے والے کی رابطہ کی معلومات تحریری خط میں شامل کی جائے گی۔

تمام دعوے کمپنی کے دفتر سے طے نہیں ہوں گے۔ اگر آپ کمپنی آفس کے ساتھ اپنے دعوے کی پیروی نہیں کرنا چاہتے ہیں، اگر کمپنی آفس تصفیے کی پیشکش کرنے سے قاصر ہے یا آپ کے دعوے سے انکار کرتا ہے، یا اگر کمپنی آفس کے ساتھ کوئی تصفیہ نہیں پوسکتا ہے، تو آپ اپنے دعوے کو مقدمہ کے طور پر عدالت میں آگے بڑھا سکتے ہیں۔ قانون سٹی کے خلاف مقدمہ دائر کرنے کے لیے سخت ڈیڈ لائن دینا ہے۔ آپ کو دعویٰ کا نوٹس دائر کرنے کے بعد 30 دن انتظار کرنا پوگا اور عدالت میں مقدمہ دائر کرنے سے پہلے 50 گھنٹے کی سماعت (حلف کے تحت انٹرویو) کے لیے کسی بھی کمپنی کی درخواست کی تعمیل کرنی پوگی۔ وقوعہ کی تاریخ کے 1 سال اور 90 دنوں کے اندر عدالت میں مقدمہ دائر کیا جانا چاہیے۔

اگر آپ کا دعویٰ طے نہیں ہوا ہے، لیکن آپ سٹی کے خلاف اپنے دعوے کی پیروی کرنا چاہتے ہیں، تو آپ کو واقعہ کے 1 سال اور 90 دنوں کے اندر مقدمہ دائر کرنا پوگا۔ کمپنی آفس کا دفتر 1 سال اور 90 دن گزر جانے کے بعد یا مقدمہ دائر کیے جانے کے بعد دعویٰ کا تصفیہ نہیں کر سکتا۔

تصفیے کی پیشکشیں اور تصفیے کی ذمہ داری کے اعتراف کو تشكیل نہیں دیتے۔

دعویٰ اور دعویٰ فارم فائل کرنے کے لیے تجاویز

۰ کاغذی دعویٰ فارم فائل کرنا

ذائق چوٹ، سٹی ایمپلائمنٹ، واٹر ڈیمیج، گاڑیوں کی املاک کو پہنچنے والے نقصان اور پراپرٹی کو پہنچنے والے نقصان یا نقصان کے دعوے کے فارم کی کاپیاں منسلک ہیں۔ کاغذی دعوے کے فارموں کو نوٹرائیز کیا جانا چاہیے۔

کاغذی دعویٰ فارم پیش کیا جا سکتا ہے:

ذائق طور پر 1 سینٹر اسٹریٹ، کمرہ 1225، نیویارک، نیویارک 10007 یا رجسٹرڈ یا تصدیق شدہ میل کے ذریع نیویارک سٹی کمپرولر کے دفتر، 1 سینٹر اسٹریٹ، کمرہ 1225، نیویارک، نیویارک 10007 کو بھیجیں۔

اگر آپ کا کاغذی دعویٰ فارم مناسب طریقے سے نوٹرائیز اور/یا پیش نہیں کیا گیا ہے تو اس کے نتیجے میں آپ کے دعوے کو مسترد کیا جا سکتا ہے۔

براہ کرم نوٹ کریں کہ کمپرولر آفس آپ کے دعویٰ فارم کو نوٹرائیز نہیں کر سکتا یا آپ کے دعویٰ فارم اور معاون دستاویزات کی کاپیاں نہیں بننا سکتا۔ کمپرولر آفس آذ سے پہلے براہ کرم اپنے دعوے کے فارم کو نوٹرائیز کرنا یقینی بنائیں اور اپنے ریکارڈ کے لیے آپ کو درکار فوٹو کاپیاں بنائیں۔

۰ ای کلیم فائلنگ

آپ اپنا دعویٰ کنٹرولر کے ای کلیم فائلنگ سسٹم کے ذریعے بھی جمع کر سکتے ہیں۔ ہم ای کلیم فائلنگ سسٹم کو استعمال کرنے کی تجویز کرتے ہیں جس کے نتیجے میں تیزی سے پروسیسنگ ہوتی ہے اور اسے نوٹرائیشن کی ضرورت نہیں ہوتی ہے۔

ای کلیم فائلنگ کمپرولر کی ویب سائٹ پر دستیاب ہے: <https://comptroller.nyc.gov/services/forthe-/public/claims/e-filing>

۰ دعوے کی دستاویزات

اگر آپ کے پاس تصاویر، پولیس رپورٹس، بل، رسیدیں، رسیدیں، تخمینہ، تشخیص، طبی ریکارڈ، انشورنس پیپر ورک، یا کوئی اور دستاویز ہے جو آپ کے دعوے کی حمایت کرتی ہے، تو ہم آپ کی حوصلہ افزائی کرتے ہیں کہ آپ اپنا دعویٰ دائر کرنے وقت وہ دستاویزات فراہم کریں۔ آپ ذائق طور پر یا رجسٹرڈ/مصدقہ ڈاک کے ذریع فائل کرنے وقت اپنے دعوے کے فارم کے ساتھ کمی بھی معاون دستاویزات کی کاغذی کاپیاں جمع کر سکتے ہیں۔ الیکٹرانک طور پر اپنا دعویٰ دائر کرنے وقت آپ ای کلیم فائلنگ سسٹم میں معاون دستاویزات بھی اپ لوڈ کر سکتے ہیں۔ اگر آپ کے پاس اضافی دستاویزات ہیں جو آپ اپنا دعویٰ دائر کرنے کے بعد جمع کروانا چاہتے ہیں تو براہ کرم اپنے کلیم ایگزامینر سے رابطہ کریں۔

۰ دعوے کے نوٹسز کی زبان

دعوے کے نوٹس انگریزی میں مکمل ہونے چاہئیں۔ نیویارک سول پریکٹس لا اینڈ رولز 21016 (b) کے مطابق، نیویارک کے سول عدالتوں میں قانونی چارہ جوئی کے سلسلے میں دائر تمام کاغذات انگریزی زبان میں ہونے چاہئیں۔



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 |

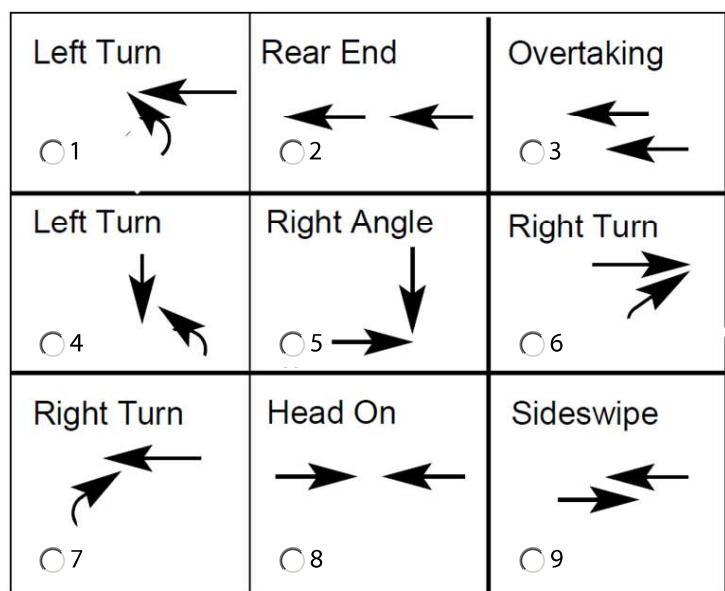
Traffic Control

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <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 _____