



NEW YORK CITY COMPTROLLER
MARK LEVINE

نیو یارک سٹی کمپٹرولر آفس میں دعویٰ دائر کرنا

جنوری 2026



یہ معلوماتی کتابچہ ایک عوامی خدمت کے طور پر بنایا گیا ہے تاکہ دعویداروں کو سٹی آف نیویارک کے خلاف دعویٰ کے نوٹس دائر کرنے میں مدد ملے۔ یہاں موجود معلومات کا مقصد کسی بھی طرح سے قانونی مشورہ نہیں ہے۔ جب کہ آپ کو سٹی 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... دعویٰ کیا ہے؟
- 2... دعویٰ دائر کرنا
- 2... دعویٰ کی تحقیقات کرنا
- 3... پیشکشیں، تصفیہ، اور دعویٰ کو مسترد کرنا
- 4... دعویٰ اور دعویٰ فارم فائل کرنے کے لیے تجاویز
- 4... کاغذی دعویٰ فارم فائل کرنا
- 4... ای کلیم فائلنگ
- 4... دعویٰ کی دستاویزات
- 4... دعویٰ کے نوٹسز کی زبان
- 5... ذاتی چوٹ کا دعویٰ فارم
- 10... سٹی ایمپلائمنٹ دعویٰ فارم
- 13... پانی سے نقصان یا نقصان کا دعویٰ فارم
- 20... گاڑیوں کی املاک کو پہنچنے والے نقصان کا دعویٰ فارم
- 26... جائیداد کو پہنچنے والے نقصان یا نقصان کا دعویٰ فارم

دعویٰ کیا ہے؟

سٹی آف نیویارک (شہر) کے خلاف دعویٰ 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 رہا ہو۔ دعوے کا عمل شروع کرنے کے لیے آپ کو دعویٰ کا نوٹس دائر کرنا ہوگا۔

قانون ایک ایسے شخص (دعویٰ کرنے والا) سے تقاضا کرتا ہے جس کا سٹی کے خلاف دعویٰ ہے اس سے پہلے کہ وہ عدالت میں مقدمہ دائر کرے۔ دعویٰ کا نوٹس واقعہ کے 90 دنوں کے اندر کمپٹرولر آفس میں درج کیا جانا چاہیے۔ یہ قانون کمپٹرولر 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 تصفیے 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 ہونے والی حادثاتی چوٹوں یا نقصانات کے لیے ذمہ دار نہیں ہے ناقص 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 کمپٹرولر آفس میں دعویٰ کا نوٹس دائر کرنا ہوگا آپ کو کمپٹرولر آفس کے دعووں کے عمل کے ذریعے اپنے دعوے کے تصفیے کی پیروی کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ آپ کے دعوے کے نوٹس کے دائر کرنے کے 30 دن کے بعد اور اگر آپ نے 50 گھنٹے کی سماعت (حلف کے تحت مدعی کا انٹرویو) کے لیے کسی بھی کمپٹرولر 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 ذریعے دستیاب ہو سکتے ہیں۔ نیویارک سٹی آفس آف ایمرجنسی مینجمنٹ 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۔ دعویٰ کے نوٹس کمپٹرولر کی ویب سائٹ کے ذریعے آن لائن، ذاتی طور پر یا رجسٹرڈ یا تصدیق شدہ میل کے ذریعے دائر کیے جا سکتے ہیں۔ دعویٰ کے نوٹس ای میل کے ذریعے دائر نہیں کیے جا سکتے۔

ہماری ویب سائٹ پر دعویٰ 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 چوٹ کا دعویٰ فارم اگر آپ کے دعویٰ میں آپ کے شخص کو چوٹ لگی ہے۔

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

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

اگر آپ کے دعویٰ میں آپ کی موٹر 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 کو کال کریں۔ مرکز (3916) 669- (212) پر۔ کمیونٹی ایکشن سینٹر action@comptroller.nyc.gov پر ای میل کے ذریعے یا <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 دعویٰ دار کو بھیجا جائے گا۔ دعویٰ نمبر کا حوالہ کمپٹرولر 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۔ کمپٹرولر آفس باقاعدگی سے نمائندہ اور غیر نمائندہ دونوں دعویٰ داروں کے ساتھ تصفیہ کرتا ہے۔

دعویٰ کی تحقیقات کرنا

دعویٰ کا نوٹس دائر کیے جانے کے بعد کمپٹرولر 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 منصفانہ اور معقول قیمت کا تعین کرنا۔ تفتیش میں دعویٰ دار، متعلقہ سٹی ایجنسی اور دیگر متعلقہ ذرائع سے معلومات اکٹھی کرنا شامل ہے۔ ایک دعویٰ دار کے طور پر آپ سے اپنے دعویٰ کی حمایت کے لیے معلومات طلب کی جا سکتی ہیں جیسے تصاویر، بل، رسیدیں، تخمینہ، انشورنس کی معلومات اور طبی ریکارڈ۔ آپ کو اپنے دعویٰ 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 معائنے کے لیے آپ سے رابطہ کیا جا سکتا ہے۔

ہر تفتیش دعویٰ 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۔

کمپٹرولر 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 کمپٹرولر آفس تصفیہ کی پیشکش نہیں کرے گا۔ اپنے دعویٰ کی پیروی کرنے کے لیے آپ کو واقعہ 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 کمپٹرولر 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 کمپٹرولر 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 ہرجانے 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 کمپٹرولر 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 کمپٹرولر کے دفتر سے طے نہیں ہوں گے۔ اگر آپ کمپٹرولر آفس کے ساتھ اپنے دعوے کی پیروی نہیں کرنا چاہتے ہیں، اگر کمپٹرولر آفس تصفیے کی پیشکش کرنے سے قاصر ہے یا آپ کے دعوے سے انکار کرتا ہے، یا اگر کمپٹرولر آفس کے ساتھ کوئی تصفیہ نہیں ہو سکتا 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 دیتا ہے۔ آپ کو دعویٰ کا نوٹس دائر کرنے کے بعد 30 دن انتظار کرنا ہوگا اور عدالت میں مقدمہ دائر کرنے سے پہلے 50 گھنٹے کی سماعت (حلف کے تحت انٹرویو) کے لیے کسی بھی کمپٹرولر کی درخواست کی تعمیل کرنی ہوگی۔ 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 ہوگا۔ کمپٹرولر 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 تشکیل نہیں دیتے۔

دعویٰ اور دعویٰ فارم فائل کرنے کے لیے تجاویز

• کاغذی دعویٰ فارم فائل کرنا

ذاتی چوٹ، سٹی ایمپلائمنٹ، واٹر ڈیمج، 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 نوٹرائز کیا جانا چاہیے۔

کاغذی دعویٰ فارم پیش کیا جا سکتا ہے:

ذاتی طور پر 1 سینٹر اسٹریٹ، کمرہ 1225، نیویارک، نیویارک 10007 یا

رجسٹرڈ یا تصدیق شدہ میل کے ذریعے نیویارک سٹی کمپٹرولر کے دفتر، 1 سینٹر اسٹریٹ، کمرہ 1225، نیویارک، نیویارک 10007 کو بھیجیں۔

اگر آپ کا کاغذی دعویٰ فارم مناسب طریقے سے نوٹرائز 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 کمپٹرولر آفس آپ کے دعویٰ فارم کو نوٹرائز نہیں کر سکتا یا آپ کے دعویٰ فارم اور معاون دستاویزات کی کاپیاں نہیں بنا سکتا۔ کمپٹرولر آفس آنے سے پہلے براہ کرم اپنے دعوے کے فارم کو نوٹرائز کرنا یقینی بنائیں اور اپنے ریکارڈ کے لیے آپ کو درکار فوٹو کاپیاں بنائیں۔

• ای کلیم فائلنگ

آپ اپنا دعویٰ کنٹرولر کے ای کلیم فائلنگ سسٹم کے ذریعے بھی جمع کرا 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 نوٹرائزیشن کی ضرورت نہیں ہوتی ہے۔

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

• 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 کرتے وقت وہ دستاویزات فراہم کریں۔ آپ ذاتی طور پر یا رجسٹرڈ/مصدقہ ڈاک کے ذریعے فائل کرتے وقت اپنے دعوے کے فارم کے ساتھ کسی بھی معاون دستاویزات کی کاغذی کاپیاں جمع کرا سکتے ہیں۔ الیکٹرانک طور پر اپنا دعویٰ دائر کرتے 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۔

• دعوے کے نوٹسز کی زبان

دعوے کے نوٹس انگریزی میں مکمل ہونے چاہئیں۔ نیو یارک سول پریکٹس لاء اینڈ رولز 2101§ (b) کے مطابق، نیویارک کی سول عدالتوں میں قانونی چارہ جوئی کے سلسلے میں دائر تمام کاغذات انگریزی زبان میں ہونے چاہئیں۔



Personal Injury Claim Form

A claim must be filed in person or by registered or certified mail within 90 days of the occurrence at the NYC Comptroller's Office, located at 1 Centre Street, Room 1225, New York, NY 10007. The claim form must be notarized. If the claim is not resolved within one (1) year and 90 days of the occurrence, you must start a separate legal action in a court of law before the expiration of this time period to preserve your rights.

TYPE OR PRINT

I am filing: ☐ On behalf of myself.

☐ On behalf of someone else. If on someone else's behalf, please provide the following information.

Last Name:

First Name:

Relationship to
the claimant:

Claimant Information

*Last Name:

*First Name:

Address:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Country:

Date of Birth:

Format: MM/DD/YYYY

Soc. Sec. #

HICN:

(Medicare #)

Date of Death:

Format: MM/DD/YYYY

Phone:

Email Address:

Occupation:

City Employee? ☐ Yes ☐ No ☐ NA

Gender ☐ Male ☐ Female ☐ Other

☐ Attorney is filing.

Attorney Information (If claimant is represented by attorney)

Firm or Last Name:

Firm or First Name:

Address:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Tax ID:

Phone #:

Email Address:



The time and place where the claim arose

*Date of Incident:	<input type="text"/>	<i>Format: MM/DD/YYYY</i>	
Time of Incident:	<input type="text"/>	<i>Format: HH:MM AM/PM</i>	
Dismissal Date:	<input type="text"/>	<i>(Police related claims only)</i>	
*Location of Incident:	<input type="text"/>	Address:	<input type="text"/>
		Address 2:	<input type="text"/>
		City:	<input type="text"/>
		State:	<input type="text"/>
		Borough:	<input type="text"/>

***Manner in which claim arose:**

Attach extra sheet(s) if more room is needed.

The items of damage or injuries claimed are (include dollar amounts):

Attach extra sheet(s) if more room is needed.



Medical Information

1st Treatment Date:	<input type="text"/>	Format: MM/DD/YYYY
Hospital/Name:	<input type="text"/>	
Address:	<input type="text"/>	
Address 2:	<input type="text"/>	
City:	<input type="text"/>	
State:	<input type="text"/>	
Zip Code:	<input type="text"/>	
Date Treated in Emergency Room:	<input type="text"/>	Format: MM/DD/YYYY
Was claimant taken to hospital by an ambulance? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NA		

Employment Information (If claiming lost wages)

Employer's Name:	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Address 2:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
State:	<input type="text"/>
Zip Code:	<input type="text"/>
Work Days Lost:	<input type="text"/>
Amount Earned Weekly:	<input type="text"/>

Treating Physician Information

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



Witness 1 Information

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

Witness 2 Information

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

Witness 3 Information

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

Witness 4 Information

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

Witness 5 Information

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

Witness 6 Information

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



Complete if claim involves a NYC vehicle

Owner of vehicle claimant was traveling in

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

Non-City vehicle driver

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

Insurance Information

Insurance Company Name:	
Address	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	
Policy #:	
Phone #:	

Non-City vehicle information

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

City vehicle information

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

Description of claimant:

- ☐ Driver ☐ Passenger
☐ Pedestrian ☐ Bicyclist
☐ Motorcyclist ☐ Other

***Total Amount Claimed:**

Format: Do not include "\$" or ",".

Date

Signature of Claimant

State of New York
County of

I, _____, being duly sworn depose and say that I have read the foregoing NOTICE OF CLAIM and know the contents thereof: that same is true to the best of my own knowledge, except as to the matter here stated to be alleged upon information and belief, and as to those matters. I believe them to be true.

Sworn before me this day _____

Signature of Claimant _____

Signature of notary _____



City Employment Claim Form

For most claims, a claim must be filed in person or by registered or certified mail within 90 days of the occurrence at the NYC Comptroller's Office, located at 1 Centre Street, Room 1225, New York, NY 10007. The claim form must be notarized. If the claim is not resolved within one (1) year and 90 days of the occurrence, you must start a separate legal action in a court of law before the expiration of this time period to preserve your rights.

TYPE OR PRINT

I am filing: ☐ On behalf of myself.

☐ On behalf of someone else. If on someone else's behalf, please provide the following information:

Last Name:

First Name:

Relationship to the claimant:

Claimant Information

*Last Name:

*First Name:

*Address:

Address 2:

*City:

*State:

*Zip Code:

*Country:

Date of Birth:

Format: MM/DD/YYYY

Soc. Sec #:

*Phone:

*Email Address:

Occupation:

Current City Employee?

☐ Yes ☐ No ☐ NA

Current Agency:

Gender:

☐ Male ☐ Female ☐ Other

☐ Attorney is filing.

Attorney Information (if represented by attorney)

+Firm or Last Name:

+Firm or First Name:

+Address:

Address 2:

+City:

+State:

+Zip Code:

Tax Id:

+Phone:

+Email Address:

The time and place where the claim arose

*Incident Date from:

Format: MM/DD/YYYY

*Incident Date to:

Format: MM/DD/YYYY

*Incident Location:

Address:

Address 2:

City:

State:

Borough:



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

Witness 4 Information

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

Witness 5 Information

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

Witness 6 Information

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

AUTHORIZATION TO INSPECT AND APPRAISE YOUR VEHICLE'S DAMAGE

You must complete the following. By completing the following you are allowing us to inspect and appraise your vehicle.

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



Vehicle information

Owner Last Name	
Owner First Name	
Make, Model, Year of Vehicle:	
Mileage	
Color	
Plate #:	

Driver information if different than claimant

Last Name:	
First Name:	
Address:	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	
Country:	
Phone:	
Email Address:	
Occupation:	
City Employee?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NA
Gender	<input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female <input type="radio"/> Other

NYC vehicle information

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

Vehicle Type:	
Plate #:	
Towed Away?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

Insurance Information

Do you have collision insurance?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Did you report your accident to your insurance company?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Were you paid by your insurance company?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Is payment pending?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Deductible Amount:	
Insurance Company Name:	
Address:	
Address 2:	
City:	
State:	
Zip Code:	
Policy #:	
Phone #:	
Agent Name:	

Tow Claims

Tow Date:		Format: MM/DD/YYYY
Tow Time:		Format: HH:MM AM/PM
Location vehicle was picked up at		
Receipt Number:		
Voucher Number:		
Was vehicle released or towed?	<input type="radio"/> Released <input type="radio"/> Towed <input type="radio"/> NA	
Redemption Date:		Format: MM/DD/YYYY
Time of tow:		Format: HH:MM AM/PM
Location of tow:		
From:		
To:		
Towed by Sheriff or Marshall?	<input type="radio"/> Sheriff <input type="radio"/> Marshall <input type="radio"/> NA	
District Attorney Release Number:		



Conditions and description of accident/incident location

Choose the actions of the vehicle before the accident:

	Yours	NYC
Going straight ahead	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Making a right turn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Making a left turn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Making a U-turn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starting from a parked position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starting in traffic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slowing or stopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stopped in traffic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entered a parked position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parked	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoiding object in roadway	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overtaking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Backing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changing lanes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Roadway surface conditions - Check all that apply

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dry | <input type="checkbox"/> Snow or ice |
| <input type="checkbox"/> Wet | <input type="checkbox"/> Slush |
| <input type="checkbox"/> Construction (man-made cut) | <input type="checkbox"/> Muddy |
| <input type="checkbox"/> Potholes (wear & tear condition) | <input type="checkbox"/> Other |

Traffic Control

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> None | <input type="checkbox"/> Red - Green |
| <input type="checkbox"/> Red - Green - Yellow | <input type="checkbox"/> Stop Sign |
| <input type="checkbox"/> Flashing | <input type="checkbox"/> Not Working |
| <input type="checkbox"/> Person directing traffic | |

Weather Conditions

- | | | |
|--|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Clear | <input type="checkbox"/> Rain | <input type="checkbox"/> Fog/Smoke/Smog |
| <input type="checkbox"/> Sleet/Hail/Freezing/Rain/Snow | <input type="checkbox"/> Other | |

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

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

☐ None of these diagrams describes the accident.

Describe damage to your vehicle. Include:

What caused the accident?

Was the location under repair?

Were the repairs recently completed?

Does the defect appear to be man-made?

Name of Construction Company?

Was the defect next to a manhole? If yes, please specify which utility by name.

What are the measurements of the defect? (length, width, depth)

***Total Amount Claimed:**

Format: Do not include "\$" or ",".

Date

Signature of Claimant

State of New York
County of

I, _____, being duly sworn depose and say that I have read the foregoing NOTICE OF CLAIM and know the contents thereof: that same is true to the best of my own knowledge, except as to the matter here stated to be alleged upon information and belief, and as to those matters. I believe them to be true.

Sworn before me this day _____

Signature of
Claimant _____

Signature of notary _____

*** Denotes required field(s).**



Property Damage or Loss Claim Form

A claim must be filed in person or by registered or certified mail within 90 days of the occurrence at the NYC Comptroller's Office, located at 1 Centre Street, Room 1225, New York, NY 10007. The claim form must be notarized. If the claim is not resolved within one (1) year and 90 days of the occurrence, you must start a separate legal action in a court of law before the expiration of this time period to preserve your rights.

TYPE OR PRINT

I am filing: ☐ On behalf of myself.

☐ On behalf of someone else. If on someone else's behalf, please provide the following information.

Last Name:

First Name:

Relationship to
the claimant:

Claimant Information

*Last Name:

*First Name:

Address:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Country:

Date of Birth:

Format: MM/DD/YYYY

Soc. Sec. #

HICN:

(Medicare #)

Date of Death:

Format: MM/DD/YYYY

Phone:

Email Address:

Occupation:

City Employee? ☐ Yes ☐ No ☐ NA

Gender ☐ Male ☐ Female ☐ Other

☐ Attorney is filing.

Attorney Information (If claimant is represented by attorney)

Firm or Last Name:

Firm or First Name:

Address:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Tax ID:

Phone #:

Email Address:



The time and place where the claim arose

*Date of Incident: *Format: MM/DD/YYYY*
Time of Incident: *Format: HH:MM AM/PM*

Property Clerk
Voucher Number:
District Attorney
Release Number:

*Location of
Incident:

--

Address:
Address 2:
City:
State:
Borough:

***Manner in which
claim arose:**

**Attach extra sheet(s)
if more room is
needed.**

--

**The items of
damage claimed are
(include dollar
amounts):**

**Attach extra sheet(s)
if more room is
needed.**

--

**Witness 1 Information**

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

Witness 2 Information

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

Witness 3 Information

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

Police Information

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

Witness 4 Information

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

Witness 5 Information

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

Witness 6 Information

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

Please indicate which of the following reports you have

- ☐ Accident Report
☐ Aided Report
☐ Complaint Report



Insurance Information

Do you have insurance? ☐ Yes ☐ No

Did you report your accident to your insurance company? ☐ Yes ☐ No

Were you paid by your insurance company? ☐ Yes ☐ No

Is payment pending? ☐ Yes ☐ No

Deductible Amount:

Insurance Company Name:

Address:

Address 2:

City:

State:

Zip Code:

Policy #:

Phone #:

Agent Name:

City vehicle information

Plate #:

City Driver Last Name:

City Driver First Name:

***Total Amount Claimed:**

Format: Do not include "\$" or ",".

Date

Signature of Claimant

State of New York
County of _____

I, _____, being duly sworn depose and say that I have read the foregoing NOTICE OF CLAIM and know the contents thereof: that same is true to the best of my own knowledge, except as to the matter here stated to be alleged upon information and belief, and as to those matters. I believe them to be true.

Sworn before me this day _____

Signature of
Claimant _____

Signature of notary _____