

07-T318

(b)(3)(b)(6)

APP # 500

SAF INJ/Dwn

5-016

(b)(6)

CENTCOM 016033

27423

07-IH1-T318-00002



REPLY TO
ATTENTION OF:

DEPARTMENT OF THE ARMY

Headquarters, 3d Brigade Combat Team

101st Airborne Division (Air Assault)

Camp Striker, Iraq, APO AE 09322

AFZB-KC-JA

06-Jan-08

MEMORANDUM FOR RECORD

SUBJECT: Action on Claim of [REDACTED] (b)(6)

07-IH1-T318 /

1. Facts.

The claimant alleges that CF shot and killed his daughter, and wounded his other daughter.

Claimant has requested \$500.00

2. Opinion. In order to form a basis for a claim under the FCA, it must be shown that the incident occurred outside the United States, and that it was caused by noncombatant activities of the United States Armed Forces or by the negligent or wrongful acts of military members or civilian employees of the Armed Forces. The claim packet contained credible evidence of damage caused by US forces not involved in combat operations.

3. Authority. The Foreign Claims Act (10 U.S.C. § 2734) as implemented by AR 27-20, Chapter 10.

4. Action. Settle this claim in the amount of \$500.00

[REDACTED] (b)(3),(b)(6)

[REDACTED] CPT, JA
[REDACTED] (3)(b) Claim Attorney IH1

CENTCOM 016034

07-IH1-T318-00003

27424

Standard Form 1034 (201) Revised October 1997 Department of the Treasury 1175M-42000 1034-121		PUBLIC VOUCHER FOR PURCHASES AND SERVICES OTHER THAN PERSONAL			VOUCHER NO.	
U.S. DEPARTMENT, BUREAU, OR ESTABLISHMENT AND LOCATION DEPARTMENT OF THE ARMY 24th FMC Camp Liberty, Iraq APO-AE 09344 DSSN: 5579			10 DATE VOUCHER PREPARED 06-Jan-08		SCHEDULE NO.	
PAYEE'S NAME AND ADDRESS CLAIM #: 07-IH1-T318 (b)(6)			CONTRACT NUMBER AND DATE		PAID BY 24th FMC Camp Liberty, Iraq APO AE 09344 DSSN: 5579	
			REQUISITION NUMBER AND DATE		DATE INVOICE RECEIVED	
SHIPPED FROM			TO		WEIGHT	
NUMBER AND DATE OF ORDER	DATE OF DELIVERY OR SERVICE	ARTICLES OR SERVICES <i>(Enter description, item number of contract or Federal supply schedule, and other information deemed necessary)</i>		QUANTITY	UNIT PRICE COST PER	
		In full settlement of the amount allowed by the Secretary of the Army, or an officer duly designated for such purposes under authority of 31 U.S.C. 3721 and AR 27-20, Chapter 10, upon the claim of the above named claimant for property damaged, lost, destroyed, captured, or abandoned in service.			AMOUNT \$500.00	
(Use continuation sheet(s) if necessary)			(Payee must NOT use the space below)		TOTAL \$500.00	
PAYMENT: <input type="checkbox"/> PROVISIONAL <input checked="" type="checkbox"/> COMPLETE <input type="checkbox"/> PARTIAL <input type="checkbox"/> FINAL <input type="checkbox"/> PROGRESS <input type="checkbox"/> ADVANCE	APPROVED FOR (b)(3),(b)(6)		EXCHANGE RATE =\$	DIFFERENCES = \$1.00	\$500.00	
	TITLE: SFC, US Pay Agent		(b)(3),(b)(6)			
Pursuant to authority vested in me, I certify that this voucher is correct and proper for payment.						
	1LT (b)(3),(b)(6)	Disbursing Agent				
ACCOUNTING CLASSIFICATION (b)(2)High \$500.00						
PAID BY	CHECK NUMBER CASH \$500.00	ON ACCOUNT OF U.S. TREASURY		(b)(6)		
	DATE			PER TITLE		
When stated in foreign currency, insert name of currency. * If the ability to certify and authority to approve are combined in one person, one signature only is necessary; otherwise the approving officer will sign in the space provided, over his official title. † When a voucher is receipted in the name of a company or corporation, the name of the person writing the company or corporate name, as well as the capacity in which he signs, must appear. For example: "John Doe Company, per John Smith, Secretary" or "Treasurer", as the case may be.						
Previous edition usable						
PRIVACY ACT STATEMENT The information requested on this form is required under the provisions of 31 U.S.C. 82b and 82c, for the purpose of disbursing Federal money. The information requested is to identify the particular creditor and the amounts to be paid. Failure to furnish this information will hinder discharge of the payment obligation.						

CENTCOM 016035

27425

07-IH1-T318-00004

CLAIMS LOG

AMOUNT CLAIMED: 5000
CLAIMANTS NAME: [REDACTED] (b)(6)
DATE CLAIM SUBMITTED: 12-17-07
DATE OF INCIDENT: 12-27-06

PARALEGAL RECOMMENDATION: App 5000

FCC ACTION: DENY APPROVE OTHER

COMMENTS / REMARKS:



(b)(6)

UCO claim # _____

ENCLOSURE 3

Claims Form
طلب تظلم

To: United States Army Foreign Claims Commission

الى: مفوضية التظلم لجيش الولايات المتحدة

From;

من: الأسر

(b)(6)

Address

العنوان:

I am

أنا

a. A national citizen of: Iraq ا. أحمل جنسية: _____

b. A permanent resident of: _____ ب. عنواني الدائم: _____

c. Employed by: _____ ت: أعمل لدي: _____

d. Check one () an insurer () Not an insurer

ث: ضع علامة على أحدهم () أحمل تأمين () لا أحمل تأمين

e. Check one () A subrogee () Not a Subrogee

ج: ضع علامة على أحدهم () دائن "عليه دين" () ليس دائن "ليس عليه دين" ()

I hereby make a claim against the United States Government for damages or injuries caused by:
(Name, Organization, Military Department, Address, and Telephone Number)

التي انتظم لدي حكومي الولايات المتحدة للأضرار والإصابات التي نتجت من:
الاسم _____
المنظمة _____
الوحدة العسكرية _____
العنوان _____
رقم التليفون _____

The property damaged is owned by: (If the claim is made as an agent, parent, or guardian, attach a power of attorney or other evidence of authority and fill in the form below for party sustaining the damage or injuries.)

الممتلكات المتضررة مملوكة من: (إذا كان هذا الانتظم قدم من قبل ممثل أو قريب أو عائل فالرجاء أخصار الممتلكات التي تخولكم وتملكك لتقديم بهذا الانتظم، أو أي دليل من ممثلين رسميين.
إملا الانتظم بالأسفل للأفراد المتقدمين بالشكوى للإصابات أو الأضرار التي أصيبتهم.)

My claim arose at: _____
(Town) (City) (Country)

البلد في الممتلكات	التاريخ	التاريخ
DEC	27	2006
JAN	27	2006
JAN	27	2006

My claim arose on: _____
Month: Day: Year:

تظلمى قدم فى:

السنة

يوم

شهر

Give a brief statement of the accident or incident on which the claim for damages to property or for personal injury is based, (Use back of this sheet if necessary.)

~~CF SHOT HOUSE WITH HELOCATED~~
CF SHOT DAUGHTER DEAD, 1 DAUGHTER WOUNDED

باختصار أشرح ما حدث والأضرار التي أصابك جراء ذلك ، سواء كانت جسدية أو ممتلكات . (الرجاء استعمال خلفية هذه الورقة إن لم تكن الأسطر لتكفى)

Describe nature and extent of property damage or personal injury sustained as a result of the above incident.

أشرح متى وطبيعة ما حدث من أضرار سواء كانت جسدية أو لممتلكاتك والتي أصابك جراء ما حدث بسبب الحادث المقصود

List in detail the amount of property damage and itemized expenses resulting from the property damage or personal injury; (Attach bills and receipts, if applicable.)

Item

Amount

Total: 1500

أشرح بالتفصيل متى تضررت والكافة للممتلكات أو للإصابات الجسدية وتكلفتها (الرجاء إضافة الثبوتات والمستندات والفواتير الضرورية لكل شيء لوحدة)

تكلفتها

الشيء المتضرر

إجمالي التكلفة:

I was insured to the following extent against the damage or injury I have sustained:

أدي تأمين على الممتلكات أو الضرر الجسدي المتضرر بما يوازي:

The name and address of my insurer (if any) is:

(Name)

(Address)

إذا كان لديك أي تأمين الرجاء ذكر اسم وعنوان شركة التأمين:

(العنوان)

(الاسم)

I claim as damages: (Indicate amount in U.S. dollars and local currency)

\$

Local

أطالب بتعويض للاضرار يوازي (أكتب بالدولار الأمريكي أو العملة المحلية)

العملة المحلية

\$

I (have/ have not) previously filed a claim relating to the incident described above.

سابقاً (قمت) (لم أقم) بتقديم بلاغ لهذه الحادثة المذكورة بالأعلى

To the best of my knowledge, another claim (has/ has not) been filed relating to the incident described above.

لحسن علمي طلب نظلم (قدم) (لم يقدم) لهذه الحادثة المذكورة بالأعلى

NOTE: BY SIGNING BELOW, YOU ARE SWEARING THAT THE INFORMATION PROVIDED IN THIS CLAIM IS ACCURATE AND TRUTHFUL. ANYONE WHO ATTEMPTS TO FILE, OR CONSPIRES TO FILE, A DUPLICATE OR FRAUDULENT CLAIM AGAINST THE UNITED STATES GOVERNMENT WILL FACE CRIMINAL PROSECUTION.

ملاحظة: بالتوقيع أسفل هذا التظلم فإن تقسم على أن كل المعلومات المقدمة في هذا التظلم هي صحيحة وحقيقية. أي شخص يحاول تقديم تظلم كاذب أو مختلق أو يزور التظلم ضد حكومة الولايات المتحدة الأمريكية سوف يواجه عقوبات جنائية حادة ويحاكم من قبل السلطات.

(b)(6)

(توقيع التظلم) الرجاء كتابة الاسم والتوقيع

Subscribed to me this 17 day of 7

(b)(3),(b)(6)

ness)

(Printed name)

عجلت في يوم _____ لتوقيع _____ من عام _____

(توقيع الشاهد)

(اسم الشاهد بالكامل)

SETTLEMENT AGREEMENT

اتفاقية تسوية وإعفاء

07-IH1-T318 # [Redacted] Language

[Redacted] (b)(6) أني
من
\$500.00 Foreign Language Text أو اف

أمريكي كتعويض كامل وتسوية نهائية لكافة الطلبات من الولايات المتحدة الأمريكية
ضباطها ووكلائها وعاملها مما قد نتج أو ينتج من هذه الحادثة وكان له علاقة بهذا الطلب الحاصل بتاريخ
12/27/2006 أو نحوه والمرتب بقوات الولايات المتحدة الأمريكية

أخذاً بنظر الاعتبار كل ذلك أعفي وهنا وإلى الأبد الولايات المتحدة الأمريكية ضباطها ووكلائها وعاملها
من كافة المسؤوليات والطلبات والاستحقاقات الناتجة عن الحادثة المذكورة مهما كانت طبيعتها. إن هذا
الإعفاء /التسوية تشتمل بشكل خاص على كافة الطلبات الحالية والمحتملة بما في ذلك رسوم المحاماة إن
وجدت أو أية طلبات ناتجة أو متعلقة بإحداث أضرار بالملكات أو أية إصابات أو وفيات نتجت عن هذه
الحادثة

إنني فهمت وبشكل كامل من أن المبلغ المعروض قد تم قبوله كتعويض شامل وتسوية نهائية للقضية وأنه قد
تم منحه طبقاً لقانون الدعاوي الأجنبية المرقم 10 'قانون الولايات المتحدة 2734' وعليه فيجب ألا يزول
على أنه قبول لجزء من المسؤولية وإنما هو إعفاء للولايات المتحدة الأمريكية بما في ذلك ضباطها ووكلائها
وموظفيها .

[Redacted] (b)(6) Foreign Language Te DATE 21 Jan 08
[Redacted] (b)(3)(b)(6) Foreign Language Te DATE 21 Jan 08
[Redacted] (b)(6), Foreign Language Text

(b)(6), Foreign Language Text

(b)(6), Foreign Language Text

(b)(6), Foreign Language Text

Foreign Language Text, (b)(6)

Foreign Language Text, (b)(6)

CENTCOM 016045

27435

07-IH1-T318-00014

Pages 15 through 19 redacted for the following reasons:

(b)(6)

(b)(6), Foreign Language