

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

S-013

(b)(6)

APPROVED: \$5,000

SAF Inj / Dam

Ø7 - T315



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-T315 /

1. Facts.

The claimant alleges that CF shot at his house, killing 7 people.

Claimant has requested \$5,000.00

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 \$5,000.00

[REDACTED] (b)(6)

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

Serial Number Accountability Record

The purpose of this form is to record the serial numbers on USD \$100 notes thereby providing a tracing mechanism to the recipient. Pay agents should turn this form in to their respective finance offices as part of the reconciliation process. Finance offices should retain this original attached to the original packets submitted by all paying agents upon clearing.

DATE OF TRANSFER: 21 JAN 08

PAY AGENT NAME: SFC (b)(3),(b)(6)

NAME OF IRAQI FIRM BEING PAID:

NAME OF PERSON ACCEPTING PAYMENT ON BEHALF OF FIRM:

(b)(6)

Print given name, father's name, grandfather's name, tribal name

Serial Number:

(b)(6) through (b)(6) and,
____ through _____ and,
____ through _____ and,
____ through _____ and,
____ through _____ and,
____ through _____

* Use additional forms if needed.

Standard Form 1034 (EG) Revised October 1987 Department of the Treasury 1 TFM 40000 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.	
			CONTRACT NUMBER AND DATE		PAID BY 24th FMC Camp Liberty, Iraq APO AE 09344 DSSN: 5579	
			REQUISITION NUMBER AND DATE			
CLAIM #: 07-IH1-T315						
PAYEE'S NAME AND ADDRESS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;">(b)(6)</div>					DATE INVOICE RECEIVED	
					DISCOUNT TERMS	
					PAYEE'S ACCOUNT NUMBER	
SHIPPED FROM			TO		WEIGHT	
					GOVERNMENT B/L NUMBER	
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		AMOUNT
				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.				\$5,000.00
(Use continuation sheet(s) if necessary) (Payee must NOT use the space below) TOTAL						\$5,000.00
PAYMENT:		APPROVED FOR	EXCHANGE RATE	DIFFERENCES		
<input type="checkbox"/> PROVISIONAL						
<input checked="" type="checkbox"/> COMPLETE		BY: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;">(b)(3),(b)(6)</div>	= \$	= \$1.00		
<input type="checkbox"/> PARTIAL						
<input type="checkbox"/> FINAL						
<input type="checkbox"/> PROGRESS		TITLE: SFC, US				
<input type="checkbox"/> ADVANCE		Pay Agent				
Pursuant to authority vested in me, I certify that this voucher is correct and proper for payment.						
		1L <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;">(b)(3),(b)(6)</div>	Disbursing Agent			
		(Date)	(Authorized Certifying Officer) ²			(Title)
ACCOUNTING CLASSIFICATION						
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: inline-block;">(b)(2)High</div>			\$5,000.00			
PAID BY	CHECK NUMBER	ON ACCOUNT OF U.S. TREASURY		CHECK NUMBER	ON (Name of bank)	
					<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: inline-block;">(b)(6)</div>	
	CASH	DATE		PAYEE		
	\$5,000.00			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: inline-block;">(b)(6)</div>		
				PER		
				TITLE		

1 When stated in foreign currency, insert name of currency.
2 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.
3 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.

PRIVACY ACT STATEMENT
The information requested on this form is required under the provisions of 31 U.S.C. 82(a) and 82(c), 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.

NSN 7540-00-900-2234

SETTLEMENT AGREEMENT

اتفاقية تسوية وإعفاء

07-IH1-T315 #Langua

(b)(6) أني
من
\$5,000.00 Foreign Language Text أوافر

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
7/14/2007 أو نحوه والمرتب بقوات الولايات المتحدة الأمريكية

أخذاً بنظر الإعتبار كل ذلك أعفي ههنا وإلى الأبد الولايات المتحدة الأمريكية 'ضباطها ووكلائها وعاملها
من كافة المسؤوليات والطلبات والإستحقاقات 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 بالململكات 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 يؤول
على أنه قبول لجزء من المسؤولية وإنما هو إعفاء للولايات المتحدة الأمريكية بما في ذلك ضباطها ووكلائها
وموظفيها .

(b)(3)(b)(6) DATE 21 Jan 08
Foreign Language Text
(b)(6), Foreign Language Text
(b)(6) DATE 21 Jan 08
WIT NATURAL Foreign Language Te

(b)(6)

UCO claim # _____

ENCLOSURE 3

Claims Form طلب تعظم

To: United States Army Foreign Claims Commission

الى: مفوضية التعظم لجيش الولايات المتحدة

From; Name:

من: الأسم

(b)(6)

Address:

العنوان:

I am

أنا

a. A national citizen of:

Iraq

أ. أحمّل 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 () أحمّل تأمين () لا أحمّل تأمين

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

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

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

أنتى أتطلب 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 عذا التظلم قدم من قبل ممثل أو قريب أو عائل فالرجاء أخطار المستندات التي تخولكم وتوكلكم للتقدم بهذا التظلم ، أو أي دليل من ممثلين رسميين.
إملا التظلم بالأسفل للأفراد المتقدمين بالشكوي للإصابات أو الأضرار التي أصابتهم.)

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

تظلمى قدم فى: القرية المدينة البلد أو المحافظة

My claim arose on: July 14 2007
Month Day Year

تظلمى قدم لى:

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, KILLED b(6) PEOPLE IN HOUSE

بإختصار أشرح ما حدث والأضرار التي أصابتك جراء ذلك ، سواء كانت جسيمة أو ممتلكات . (الرجاء استعمال خلفية هذه الورقة إن لم تكن الأسطر تكفى)

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 جسيمة أو لممتلكاتك والتي أصابتك 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:

أشرح بالتفصيل متى تضرر والكلفة للممتلكات أو للإصابات الجسدية وتكلفتها (الرجاء إضافة الثبوتات والمعتمسكات والفواتير
الضرورية لكل شيء لوحدة)

تكلفته

الشيء المتضرر

إجمالي التكلفة:

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

لدي 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 أسم وعنوان شركة التأمين:

(العنوان)

(الأسم)

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

\$

Local

أطالب بتعويض للأضرار يوازي (اكتب 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 طلبت تظلم (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)

(Signature of Claimant)

(توقيع التظلم) الرجاء كتابة الاسم والتوقيع

Subscribed to me this 17 day of Dec, 2007

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

(Witness)

(Name)

من جانب

الموافق

عنات في يوم

(توقيع الشاهد)

(اسم الشاهد بالكامل)

(b)(6), Foreign Language Text

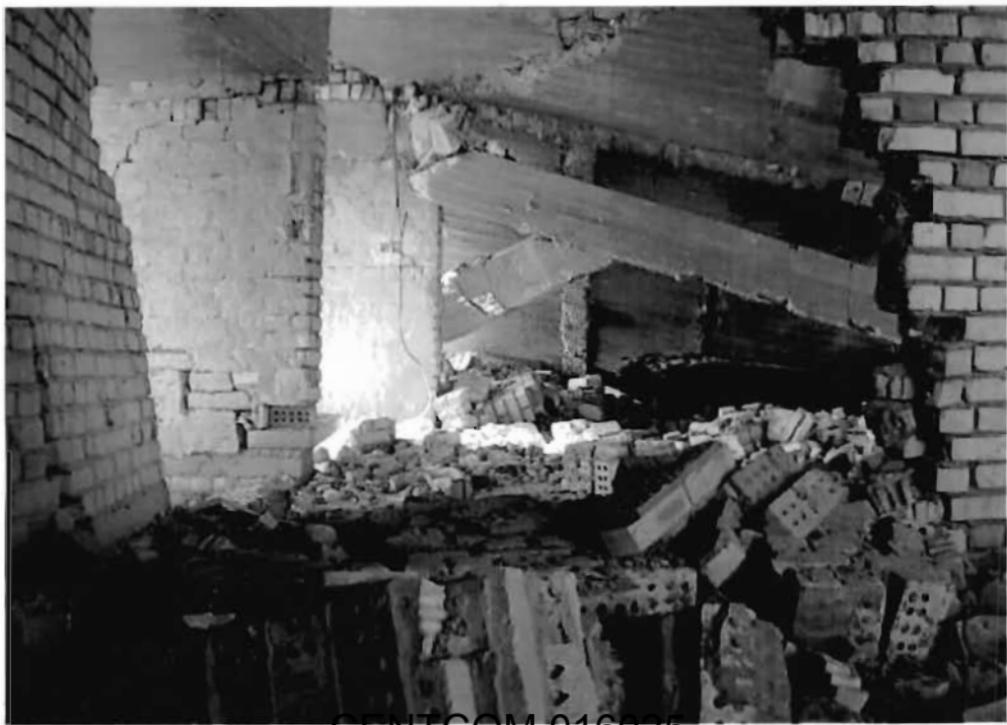
(b)(6), Foreign Language Text

(b)(6), Foreign Language Text

(b)(6), Foreign Language Text

Pages 13 through 15 redacted for the following reasons:

(b)(6), Foreign Language



CENTCOM 016025

07-IH1-T315-00016



CENTCOM 016026

07-IH1-T315-00017



CENTCOM 016027

07-IH1-T315-00018



GENTCOM 016028

07-IH1-T315-00019



CENTCOM 016029

07-IH1-T315-00020



CENTCOM 016030

07-IH1-T315-00021



CENTCOM 016031

07-IH1-T315-00022