07-T318

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

App $500

SAF INJ/Dmm

(b)(6)

DEPARTMENT OF THE ARMY
Headquarters, 3d Brigade Combat Team
101st Airborne Division (Air Assault)
Camp Striker, Iraq, APO AE 09322

REPLY TO ATTENTION OF:

AFZB-KC-JA 06-Jan-08

MEMORANDUM FOR RECORD

SUBJECT: Action on Claim of (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

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

CPT, JA
(3)(b) Claim Attorney IH1

Standard Form 1034 (EG)
Revised October 1987
Department of the Treasury
1 TFM 4-2000
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

10DATE VOUCHER PREPARED
06-Jan-08

CONTRACT NUMBER AND DATE

REQUISITION NUMBER AND DATE

SCHEDULE NO

PAID BY
24th FMC
Camp Liberty, Iraq
APO AE 09344
DSSN: 5579

CLAIM #: 07-IH1-T318

PAYEE'S NAME AND ADDRESS

(b)(6)

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 (Enter description, item number of contract or Federal supply schedule, and other information deemed necessary)	QUANTITY	UNIT PRICE COST	UNIT PRICE PER	AMOUNT
		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.				$500.00

(Use continuation sheet(s) if necessary) (Payee must NOT use the space below) TOTAL $500.00

PAYMENT:
- ☐ PROVISIONAL
- ☒ COMPLETE
- ☐ PARTIAL
- ☐ FINAL
- ☐ PROGRESS
- ☐ ADVANCE

APPROVED FOR =$

EXCHANGE RATE =$1.00

DIFFERENCES

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

$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.

(Date) | 1LT (b)(3),(b)(6) (Authorized Certifying Officer)[2] | Disbursing Agent (Title)

ACCOUNTING CLASSIFICATION

(b)(2)High $500.00

PAID BY

CHECK NUMBER | ON ACCOUNT OF U.S. TREASURY

CASH $500.00 | DATE

(b)(6)

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.

Previous edition usable NSN 7540-00-900-2234

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.

CLAIMS LOG

AMOUNT CLAIMED: 500
CLAIMANTS NAME: (b)(6)
DATE CLAIM SUBMITTED: 12-17-07
DATE OF INCIDENT: 12-27-06

PARALEGAL RECOMMENDATION: App 500

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: موفوضية التظلم لجيش الولايات المتحدة

From; (b)(6) من: الأس

Addres العنوان:

I am

انا

a. A national citizen of: Iraq ا. احمل جنسية:

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

c. Employed by:_____ ت: أعمل لدي:

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

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

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

ج: ضع علامة علي 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)

_____

_____

أنني أتظلم لدى حكومي الولايات المتحدة للأضرار والإصابات التي نجمت من:
الأسم _____
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 التظلم قدم من قبل ممثل أو قريب أو عائل فالرجاء أحضار المستمسكات التي تخولكم وتؤكدكم التقدم بهذا التظلم ، أو أي دليل من ممثلين رسميين.
إملأ التظلم بالأسفل للأفراد المتقدمين بالشكوى للإصابات أو الأضرار التي أصابتهم.)

_____

_____

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

_____
البلد أو المحافظة المدينة القرية تظلمي قدم في:

DEC 27 2006

~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ ~~2006~~

My claim arose on: ~~[illegible]~~ ~~2005~~
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 HELICOPTER~~

CF SHOT DAUGHTER DEAD, 1 DAUGHTER WOUNDED

بإختصار أشرح ما حدث والأضرار التى أصابتك جراء ذلك ، سواء كانت جسدية أو ممتلكات . (الرجاء أستعمال 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 والتى 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:	৳500

11

أشرح بالتفصيل متى تضرر والكلفة للممتلكات أو للإصابات الجسدية وتكلفتها (الرجاء أضافة الثبوتات والممتمسكات والفواتير الضرورية لكل شي لوحدة)

الشيء المتضرر	تكلفته

اجمالي التكلفة: _____

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

_____

لدي تامين على الممتلكات أو الضرر الجسدي المتضرر بما يوازي:

_____

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

_____

(Name) (Address)

أذا كان لديك أي تأمين الرجاء ذكر أسم وعنوان شركة التامين:

_____

(الأسم) (العنوان)

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

$_____ Local_____

اطالب 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.

سابقا (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 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 فأن تقسم على أن كل المعلومات المقدمة في هذا التظلم هي صحيحة وحقيقية . أي شخص يحاول تقديم تظلم كاذب أو مختلق أو يزور التظلم ضدحكومة الولايات لمتحدة الأمريكية سوف يواجه عقوبات جنائية حادة ويحاكم من قبل السلطات .

(b)(6)

(Signature of Claimant)

(توقيع التظلم) الرجاء كتابة الأسم والتوقيع

Subscribed to me this 17 day of [illegible]

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

ness)

(Printed Name)

عينت في يوم _____ الموافق _____ من عام _____

_____

(توقيع الشاهد)

_____

(إسم الشاهد بالكامل)

SETTLEMEMENT AGREEMENT

إتفاقية تسوية وإعفاء

07-IH1-T318 # Langua

أني (b)(6)
من
أوافق Foreign Language Text $500.00

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

آخذاً بنظر الإعتبار كل ذلك أعفي ههنا وإلى الأبد الولايات المتحدة الأمريكية ،ضباطها ووكلائها وعامليها 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 بالممتلكات أو أية إصابات أو وفايات 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)(6) DATE 21 JAN 08
WITH REForeign Language Te

(b)(3)(b)(6) DATE 21 Jan 08
oreign Language Te

(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)

Pages 15 through 19 redacted for the following reasons:
- -
(b)(6)
(b)(6), Foreign Language