



Southington Police Department

Informe Uniforme de Quejas Civiles

Por favor complete este formulario y llévelo a un supervisor en el departamento de policías o lo puede mandar por el correo o correo electrónico a la Oficina de Asuntos Internos (Internal Affairs Unit) de esta agencia.

Dirección de envío: Internal Affairs, Southington Police Department, 69 Lazy Lane, Southington, Connecticut 06489.

Correo electrónico: Captain James Armack, JArmack@Southingtonpolice.org

Por Favor conteste las siguientes preguntas: 1. ¿En tu conocimiento, este incidente o parte del mismo, fue grabado en vídeo o de audio? 2. ¿Tú tienes miedo por tu seguridad o la seguridad de otra persona, por cualquier razón o de resultado de hacer esta queja? 3. ¿Alguna persona te ha amenazado o tratado de intimidarte en un esfuerzo de evitarle que hagas esta queja? 4. ¿Puedes, leer, escribir, y hablar el lenguaje de inglés? 5. Si contestaste la pregunta # 4 “No” o si no estás seguro, ¿has recibido suficiente ayuda para llenar este formulario? <i>(Si respondió “Sí” a alguna de estas preguntas, escriba los detalles en la página número 2)</i>	Si No No estoy seguro
---	--

Naturaleza de la denuncia:	Conducta Profesional	Desempeño laboral
----------------------------	----------------------	-------------------

Incident Details

Date of Incident (Fecha del Incidente):	Time of Incident (Hora del Incidente):	Date Reported (Día denunciado):	Time Reported (Hora denunciado):
Location of Incident: (Dirección donde ocurrió el incidente):			
Complainant's Name (Su Nombre):		Complainant's Address (Su Dirección: Calle, Ciudad, Estado, código postal):	
Complainant's DOB (fecha de nacimiento):	Complainant's Home Phone Number (su # de teléfono):	Complainant's Cell Phone Number (Su número Celular):	
Complainant's Alternate Phone Number:	Complainant's Email (Su Correo Electrónico):		
Employee Complained About (If Known): (El nombre de la persona (s) en quien tienes la queja o si no una descripción, número de placa, numero del carro).			
Person Assisting (Nombre de la persona que presta asistencia)	Address (Dirección de la persona ayudándole):	Telephone Number (Teléfono):	
Witness Information (Name, DOB, Address, Telephone Number, etc.) Información de los testigos: Nombre, fecha de nacimiento, teléfono			

Continuar a la página #2

*Detalles del incidente: Proporcione una descripción completa de las circunstancias que motivaron su queja.
 Adjunte la documentación de respaldo, si corresponde; incluyendo cartas, correos electrónicos, fotografías, grabaciones de video o audio, etc.
 Adjunte páginas adicionales, si es necesario.*

¿Hay otras páginas, imágenes, vídeos o información adjunta a esta queja? Si No

Yo leí, o me leyeron, la denuncia que he puesto de lo que ocurrió y provoco mi queja que tiene ____ páginas. Todo lo que he escrito es la verdad y exacto lo mejor de mi profundo conocimiento. Yo comprendo que es una violación presentar una denuncia falsa.

Complainant's Signature:(Denunciador Firme Aquí)	Date and Time Signed:(Fecha y Hora que Firmo)
--	---

Person Receiving Complaint

Printed Rank / Name / ID Number:	Date Received:	Time Received:
Signature of Person Receiving Complaint:		Agency Complaint Number:

Method of Contact (Check): Telephone In-Person Mail Email Other: _____