

Windsor Locks Departamento de Policías

Ciudadano Formulario de Queja

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 jefe de la Policías de esta agencia.

La dirección es: jefe de la Policías, Windsor Locks Departamento de Policías, 4 Volunteer Drive, Windsor Locks, Connecticut 06096. Email: eosanitsch@windsorlockspolice.com

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 # (su # de teléfono)	Complainant's Work Phone# (Su # teléfono en el empleo)				
Complainant's Cell Phone# (Su número Celular)		Complainant's E-mail (Su Correo Electrónico)				
Employer (Empleador)		Occupation (Ocupación)				
Employer's Address (Dirección de su empleador)			Employer's Telephone (Teléfono de su empleador)			
Name of Person Assisting Complainant (Nombre de la persona ayudándote)	Address (Dirección de la persona ayudándole)	Telephone (Teléfono)				
Employee Complained about (if known): (Name or physical description, Badge #, Car #, etc.) (El nombre de la persona (s) en quien tienes la queja o si no una descripción, número de placa, numero del carro).						
Witness Information (Name, D.O.B., Address, Telephone #, etc.) Información de los testigos: Nombre, fecha de nacimiento, teléfono).						
Por Favor conteste las siguientes preguntas:			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">YES/SI</td> <td style="width: 33%;">NO/NO</td> <td style="width: 33%;">UNSURE/ No estoy seguro</td> </tr> </table>	YES/SI	NO/NO	UNSURE/ No estoy seguro
YES/SI	NO/NO	UNSURE/ No estoy seguro				
1. ¿En tu conocimiento, este incidente o parte del mismo, fue grabado en vídeo o de audio?			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. ¿Tú tienes miedo por tu seguridad o la seguridad de otra persona, por cualquier razón o de resultado de hacer esta queja?			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. ¿Alguna persona te ha amenazado o tratado de intimidarte en un esfuerzo de evitarle que hagas esta queja?			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4. ¿Puedes, leer, escribir, y hablar el lenguaje de inglés?			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5. Si contestaste la pregunta # 4 "No" o si no estás seguro, ¿has recibido suficiente ayuda para llenar este formulario?			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Si contestaste afirmativo "Si" a una de estas preguntas, por favor, escribe los detalles utilizando el reverso de este papel.						

