

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.						

Escriba los detalles del incidente: Por favor necesitamos las circunstancias que lo hicieron dar esta queja. Añade documentos que pueden apoyar su reclamación, incluya correspondencia, fotografías, grabaciones de vídeos, y audio etcétera.

(Attach additional pages, if necessary) (Añade mas paginas si es necesario)

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. Si yo he hecho una denuncia intentando de engañar un policía en su función oficial es una violación de las leyes del estado de Connecticut Estatuto General 53a-157b ay puede resultar en mi arresto o una multa o también ir a la cárcel.

Complainant's Signature (Denunciador Firme Aquí)	Date and Time Signed (Fecha y Hora que Firmo)
La área debajo es para el notario publico (Area below is for the Notary)	
On this the ____ day of _____, _____, the complainant whose name is subscribed above, personally appeared before me, the undersigned Officer, and acknowledged that he/she truthfully executed this instrument for the purposes herein contained.	Notary (For Authority See C.G.S. §§1-24, 3-94a et seq.)
	Print Rank/Name/ID Number:

Person Receiving the Complaint (Persona que recibe el formulario de queja)		
Rank/Name/ ID Number	Date Received	Time Received

Como prefiere que lo contactemos?
 teléfono En persona Por Correo Correo Electrónico Otro

Signature of person receiving complaint (Firma de la persona que recibe su queja)	Complaint Control Number (Número Asignado)
---	--