

DEPARTAMENTO DE POLICIA DE
NORWALK
**FORMULARIO DE QUEJA
CIVIL**

HQ#:
If complaint resulted from a reported incident

DIV#:
(DB/SS/YB)

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ S.I.: _____
(Toda informacion identificante de el quejante pueder ser opcional)

SEXO: _____ RAZA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA/TIEMPO QUEJA RECIBIDA:

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

TELEFONO (CASA): _____ TELEFONO (TRABAJO): _____

CELULAR: _____ CORREO ELECTRONICO (E-MAIL): _____

EMPLEADOR: _____ OCUPACION: _____

DIRECCION DE
EMPLEADOR: _____ TELEFONO: _____

LUGAR DE INCIDENTE: _____ FECHA: _____ TIEMPO: _____

EMPLEADO CONTRA QUIEN SE HACE QUEJA (SI SE CONOCE): _____
(nombre, descripcion fisica, # de insignia/carro, etc)

DESCRIPCION BREVE DEL
INCIDENTE: _____

TESTIGO AL INCIDENTE: (Si disponible)
NOMBRE: _____ DIRECCION: _____ TELEFONO: _____

NOMBRE: _____ DIRECCION: _____ TELEFONO: _____

NOMBRE DE INTERPRETE (SI USADO) _____ TELEFONO: _____

PERSONA ASISTIENDO: _____ TELEFONO: _____

DIRECCION: _____

- | | SI | NO | INSEGURO | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. A tu conocimiento, alguien grabo el incidente en video y/o en sonido, en parte o completo ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Tienes miedo por su seguridad, o de la seguridad de cualquier otra persona, por cualquier rason, como resultado de hacer esta queja? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Alguien te ha amenazado, o intimidado de cualquier otra manera, en un esfuerzo de prevenir que hagas esta queja? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Eres capaz de leer, escribir, y hablar el idioma de Ingles ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Si tu respuesta a la pregunta #4 es No, o Inseguro, recibiste asistencia adecuada de lenguaje (traduccion) para ayudarte a entender y llenar este formulario ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Si contestaste "SI" a cualquier pregunta de encima, por favor de detalles en una declaracion.

WAS STATEMENT TAKEN: YES NO (EVERY EFFORT SHOULD BE MADE TO OBTAIN STATEMENT)
HOW WAS COMPLAINT RECEIVED: IN PERSON TELEPHONE MAIL EMAIL OTHER
WAS COMPLAINANT ARRESTED: YES NO
WAS MEDICAL ATTENTION REQUIRED: YES NO (IF YES STATE WHERE AND NATURE OF TREATMENT RECEIVED)

YO HE LEIDO, O ALGUIEN ME HA LEIDO, LA QUEJA DE ENCIMA Y UNIDA, Y LA DECLARACION QUE CONSISTE DE ____ (#)(pages) PAGINAS. A MI CONOCIMIENTO, TODAS LAS RESPUESTAS SON VERDADERAS Y PRECISAS. YO ENTIENDO QUE HACER UNA DECLARACION FALSA A PROPOSITO, CON LA INTENCION DE ENGANAR A UN OFICIAL DE LA LEY, EN SU FUNCION OFICIAL, ES UNA VIOLACION DE LOS ESTATUTOS GENERALES DE CONNECTICUT, SECCION #53a-157b, Y PUEDE RESULTAR EN MI ARESTO Y SER MULTADO Y / O ENCARCELADO.

SIGNATURE OF COMPLAINANT: _____ DATE/TIME: _____
(FIRMA DE DEMANDANTE) (FECHA / TIEMPO)

SUPERVISOR RECORDING COMPLAINT (complete the section below):

ON THIS THE _____ DAY OF _____, _____, BEFORE ME THE UNDERSIGNED OFFICER, PERSONALLY APPEARED THE COMPLAINANT WHOSE NAME IS SUBSCRIBED ABOVE AND ACKNOWLEDGED THAT HE/SHE TRUTHFULLY EXECUTED THIS INSTRUMENT FOR THE PURPOSES HEREIN CONTAINED.

RANK/NAME: _____ DATE: _____
(PRINT)

SIGNATURE: _____ ID#: _____

COMPLAINANT'S RECEIPT (RECIBO PARA DEMANDANTE)
DETACH AND GIVE TO COMPLAINANT

Esto es para reconocer (Complainant name / Demandante) _____ ha puesto una denuncia acerca de las actividades de un miembro(s) de este departamento. Esta denuncia sera revisada por el departamento de acuerdo con procedimientos existentes. Es posible que usted sera solicitado a aparecer para una entrevista. Usted sera notificado del resultado de la revisa.

Name of interpreter (if used): _____
(Nombre de interprete, si fue usado)

Complaint received by: _____ Date: _____ Time: _____
(Demanda recibida por) (PRINT) (Fecha) (Tiempo)

NPD Case Number (Caso Numero): _____