Departamento De Policia De Southborough

Forma de Control de Quejas

Favor de usar Letra de Molde

Queja #: (Assigned by IAU)	Tipo de Queja Conducta sesgada alegada: Y__ N__	**Original** a : Unidad de Asuntos Internos **Copia**: al demándate en momento de la queja **Copia** : Division de Normas de la Policia

Fecha de Queja	Hora de Queja	Dia:	Como fue recibida la Queja	__En Persona __Por Correo __Online __Telefone __Otro ___Email __POST (DPS)
Fecha del Acontecimiento	Hora del Acontecimiento	Día:	Lugar del Incidente (#, Calle, Ciudad)	
Demandante (Apellido, Nombre)			Dirección (#, Calle, Ciudad, & Código Postal)	

Teléfono: (Casa) (Trabajo)	Sexo: __Masculino __Femenino	Raza	Edad	Fecha Nacimient	Casado(a): __Si __No

Resultado de: ___Queja de Estacionamiento ___Arresto ___Lesión ___Citación de Trafico ___Interrogación en Calle ___ Otro	Firma del Demandante si la queja se resolvió en el momento de la queja: _____	Fecha:

Narrativa:

(continué al reverse si es necesario)

AVISO: **Hacer f**alsos testimonios en esta forma es castigado bajo el dolor y las penalidades de perjurio. Una multa asta de $500 y encarcelamiento asta por un ano sera castigo para cualquiera que adrede e, intencional haga REPORTE FALSO de un crime en esta forma.

El Demandante deberá Firmar al final de la Narrativa_____

Si el Demandante es menor de 18 anos, Firma del Padre o Tutor(a)_____

(1.) Nombre del Empleado Contra quien se ase esta Queja:				No. de Chapa		POST-C Numero de Identificación	
Sexo: __Masculino __Femenino	Raza	D.O.B. / Edad	Altura	Peso	Talle	Cabello	Ojos
(2.) Nombre del Empleado Contra quien se ase esta Queja:				No. de Chapa		No. de Identificación	
Sexo: __Masculino __Femenino	Raza	Edad	Altura	Peso	Talle	Cabello	Ojos

(1.) Nombre de Testigo:		Dirección			
Teléfono	Sexo: __Masculino __Femenino	Raza	Edad	Fecha Nacimiento	Casado(a): __Si __No
(2) Nombre de Testigo:		Dirección			
Teléfono	Sexo: __Masculino __Femenino	Raza	Edad	Fecha Nacimiento	Casado(a): __Si __No
Firma del Supervisor que Recibió la Queja				No. de Identificación	Hora de Servicio
Oficial Superior Asignado a Investigar la Queja					No. de Identificación
Unidad de Asuntos Internos Notificada: ___Si ___No		Notificada por:	Hora		Fecha