

DEPARTAMENTO DE POLICIA DE MERCED

Quejas de Ciudadanos



<i>Exclusivamente para uso oficial</i>			Fecha		
Numero de caso					
Nombre de querellante (APELLIDO, Nombre)		Sexo	Raza: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano Otro _____	Fecha de nacimiento	
Domicilio		Ciudad/Código postal <input type="checkbox"/> Merced	Teléfono ()	Teléfono de trabajo ()	

Complete esta porción si el querellante es menor de edad o asistido por un abogado

Nombre		Relación con el querellante		
Domicilio		Ciudad/Código postal <input type="checkbox"/> Merced	Teléfono ()	Teléfono de trabajo ()

Locación de incidente	Día de la semana	Fecha	Tiempo <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
-----------------------	------------------	-------	---

Identidad de personal involucrado

Numero de medalla	Nombre / Numero de vehículo, etc.	<input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> CSO <input type="checkbox"/> Civil	Sexo	Raza/etnia

Narrativa breve del incidente. (Si ocupa más espacio, use papel adicional)

¿Fue herido? No Si

¿Qué le gustaría como resultado de esta queja?

Nombre de testigos (APELLIDO, Nombre)	Domicilio	Ciudad/Código postal	Teléfono

He leído y entendido esta afirmación, que he hecho por mi propia voluntad, y los datos contenidos en ella son verdaderos y correctos según mi saber y entender.

Firma de querellante **X** _____

Fecha _____

For Official Use Only

Check all Categories that Apply: <input type="checkbox"/> Force <input type="checkbox"/> Conduct <input type="checkbox"/> Untruthfulness <input type="checkbox"/> Procedures <input type="checkbox"/> Bias/Discrimination Other _____	Complaint Received by	Date Received
	<input type="checkbox"/> Walk-in <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Fax Intake Officer/Personnel	

