

ENFIELD POLICE DEPARTMENT 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 (Internal Affairs Authority) de esta agencia. La dirección es: Chief Alaric J. Fox, Enfield Police Dept., 293 Elm St., Enfield, Connecticut 06082. Email: afox@enfield.org

| | | | |
|---|---|--|--|
| 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: | | | 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? | | | <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? | | | <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? | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Puedes, leer, escribir, y hablar el lenguaje de inglés? | | | <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? | | | <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. | | | |

For Administrative Use Only

CC-1

SUPERVISORS' SUMMARY OF INCIDENT

[Empty box for incident summary]

Date:

Signed:

CAPTAIN

Final Disposition:

Date:

Signed:

ACTION TAKEN

Counseling Session Written Reprimand Other

Issuing Supervisor:

Date:

Officer:

Date: