



Suffield Police Department

James Canon Jr.
Chief

911 Mountain Road | Suffield | CT | 06078
TEL. (860) 668-3870 | FAX (860) 668-3875

Ciudadano Formulario de Queja

Por favor, entregue este documento completo a un Supervisor de Policía o envíelo al Jefe de Policía de Suffield.

También puede enviar este formulario por correo electrónico a icanon@suffieldct.gov or rpalmer@suffieldct.gov.

Fecha del Incidente (Date of Incident)	Hora del Incidente (Time of Incident)	Día/Hora Denunciado (Date & Time Reported)
Dirección donde ocurrió el incidente (Location of Incident)		
Su Nombre (Complainant's Name)	Su Dirección: Calle, Ciudad, Estado, Código Postal (Complainant's Address (Street, City, State, ZIP))	
Fecha de Nacimiento (Complainant's DOB)	Su # de Teléfono (Complainant's Home Phone Number)	Su # Teléfono en el Empleo (Complainant's Work Phone Number)
Su Número Celular (Complainant's Cell Phone Number)	Su Correo Electrónico (Complainant's Email)	
Empleador (Employer)	Ocupación (Occupation)	
Dirección de Su Empleador (Employer's Address (Street, City, State, ZIP))	Teléfono de Su Empleador (Employer's Telephone)	
Nombre de la Persona Ayudándote (Name of Person Assisting Complainant)	Dirección de la Persona Ayudándole (Address)	Telefono (Telephone Number)

(El nombre de la persona (s) en quien tienes la queja o si no una descripción, número de placa, numero del carro (Employee Complained about, if known: Name of physical description, Badge #, Car #, etc.)

Información de los testigos: Nombre, fecha de nacimiento, teléfono
(Witness Information (Name, D.O.B., Address, Telephone #, etc.):

Por Favor conteste las siguientes preguntas:

Si/Yes, No, No estoy Seguro/Unsure

- | | |
|--|--|
| 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"/> |
| <i>Si contestaste afirmativo "Si" a una de estas preguntas, por favor, escribe los detalles utilizando el reverso de este papel.</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

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.

(Adjunte páginas adicionales, si es necesario)

Yo leí, o me leyeron, la denuncia que he puesto de lo que ocurrió y provocho 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 y podría resultar en mi arresto y multa, y/o encarcelamiento.

Denunciador Firme Aquí (Complainant's Signature)	Fecha y Hora que Firmo (Date and Time Signed)
	La área debajo es para el notario publico (Area below is for the Notary)
En este día _____ de _____, _____ ante mí el oficial abajo firmante, compareció personalmente el denunciante cuyo nombre está suscrito anteriormente y reconoció que él / ella ejecutó verazmente este instrumento para los fines aquí contenidos.	Notary (For Authority See C.G.S. §§1-24, 3-94a et seq.)
	Print Rank/Name/ID Number:

Persona que Recibe el Formulario de Queja (Person Receiving the Complaint)		
Rank/Name/ID Number:	Date Received:	Time Received:

Como prefiere que lo contactemos? teléfono En persona Por Correo Correo Electrónico Otro
 (Method of Contact (Check): Telephone In-Person Mail E-Mail Other)

(Firma de la persona que recibe su queja Signature of Person Receiving Complaint)	Número Asignado (Complaint Control Number):
--	---