

Coventry Departamento de Policías

Formulario de denuncia de personal

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 de esta agencia. La dirección es Chief of Police 1585 Main St. Coventry, CT 06238. Email: epeterson@coventryct.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 Cell Phone# (Su número Celular)		Complainant's E-mail (Su Correo Electrónico)																			
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: 1. ¿En tu conocimiento, este incidente o parte del mismo, fue grabado en vídeo o de audio? 2. ¿Tú tienes miedo por tu seguridad o la seguridad de otra persona, por cualquier razón o de resultado de hacer esta queja? 3. ¿Alguna persona te ha amenazado o tratado de intimidarte en un esfuerzo de evitarle que hagas esta queja? 4. ¿Puedes, leer, escribir, y hablar el lenguaje de inglés? 5. Si contestaste la pregunta # 4 "No" o si no estás seguro, ¿has recibido suficiente ayuda para llenar este formulario?			<table border="1"> <thead> <tr> <th>YES/SI</th> <th>NO/NO</th> <th>UNSURE/ No estoy seguro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	YES/SI	NO/NO	UNSURE/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YES/SI	NO/NO	UNSURE/ No estoy seguro																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<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.																					

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.

Person Receiving the Complaint (Persona que recibe el formulario de queja)

Rank/Name/ ID Number

Date Received

Time Received

Rank/Name/ ID Number	Date Received	Time Received

(Attach additional pages, if necessary) (Añade mas paginas si es necesario)

Signature of person receiving complaint (Firma de la persona que recibe su queja)	Complaint Control Number (Número Asignado)
Complaint forward Chief by:	Date