CLAREMONT POLICE DEPARTMENT FORMA PARA COMENTARIOS

RECEIVED BY	DATE AND TIME FORM WAS RECEIVED	REFERENCE NUMBER:
☐ Mail ☐ In Person By _____ ☐ Phone	/ / A.M./P.M.	_____

Por Favor de Marcar:

☐ Elogios ☐ Sugerencia

☐ Queja de politicas y procedimientos ☐ Queja de mala conducta de un oficial

☐ Racial o Identidad (Si su repuesta es sí, indiqué tipo) Comprobar todo lo que aplica.

☐ Raza Etnia	☐ Religión	☐ Edad
☐ Nacionalidad	☐ Indentidad Degeñero	☐ Discapacidad Fisica
☐ Sexo	☐ Orientación Sexual	☐ Discapacidad Mental

Por favor complete las siguentes secciónes que scan necesarias.

Información De La Persona Haciendo El Reporte

Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Numero De Teléfono: ( )	Numero De Trabajo: ( )
Domicilio:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Contacto/Información

Fecha De Contacto/Acontecimiento:	Hora y Localizacion de Contacto/Acontecimiento:

ELOGIOS/QUEJAS/SUGERENCIAS

Escriba sus comentarios en detalle. Puede añadir paginas adicionales si es necesario. Para más informacion acerca del proceso de quejas, puede leer el folleto adjunto.

Si esta agregando paginas adicionales,_____ las paginas tienen que ser firmadas y con fecha.

Información de testigos

Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Numero De Teléfono: ( )	Numero De Trabajo: ( )
Domicilio:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Numero De Teléfono: ( )	Numero De Trabajo: ( )
Domicilio:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Información del oficial o empleado del departamento

1) Apellido:	Nombre:	Numero De Identificación:
2) Apellido:	Nombre:	Numero De Identificación:
3) Apellido:	Nombre:	Numero De Identificación:
4) Apellido:	Nombre:	Numero De Identificación:

Firma de la persona que hace la queja **Fecha**

Firma del padre o guardian si la persona quien hace la queja es menor de edad