



Darien Police Department

25 Hecker Avenue

Darien, CT 06820-5398

Tel: (203) 662-5300 Fax: (203) 662-5344

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 a la Oficina de Asuntos Internos (Internal Affairs Unit) del Departamento de policía de Darien. La dirección es: La Oficina de Chief, Darien Police Department, 25 Hecker Ave., Darien, CT 06820.

Fecha del Incidente (Date of Incident)	Hora del Incidente (Time of Incident)	Día denunciado (Date Reported)	Hora denunciado (Time Reported)	
Dirección donde ocurrió el incidente (Location of Incident)				
Su Nombre (Your Name)		Su Dirección: Calle, Ciudad, Estado, código postal (Your Address (Street, City, State, ZIP))		
Fecha de nacimiento (Your Date of Birth)	Su # de teléfono (Your Home Phone #)	Su número Celular (Your Cell Phone #)		
Otra Información de Contacto (Other Contact Information)				
Nombre de la persona ayudándote (Name of Person Assisting You with this Form)		Dirección de la persona ayudándole (Address)	Teléfono (Telephone)	
El nombre de la persona (s) en quien tienes la queja o si no una descripción, número de placa, número del carro) (Employee Complained about (if known): (Name or 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	No Estoy Seguro
1. ¿En tu conocimiento, este incidente o parte del mismo, fue grabado en video 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.				

