

# Western Connecticut State University Departamento de Policías

## Ciudadano Formulario de Queja

Por favor, dar a este documento completo a un Supervisor de la Policía o enviarlo al jefe de la policía de este organismo en la siguiente dirección o correo electrónico: Chief Robert Berry, WCSU Police Department, 181 White Street, Danbury, Connecticut 06810. Correo electrónico: berryr@wcsu.edu.

|                                                                                                                                                                                                               |                                               |                                                                            |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 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                           |
| 1. ¿En tu conocimiento, este incidente o parte del mismo, fue grabado en vídeo o de audio?                                                                                                                    |                                               | <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"/>        |
| 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"/>        |
| 4. ¿Puedes, leer, escribir, y hablar el lenguaje de inglés?                                                                                                                                                   |                                               | <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"/>        |
| Si contestaste afirmativo "Si" a una de estas preguntas, por favor, escribe los detalles utilizando el reverso de este papel.                                                                                 |                                               |                                                                            |                                 |

[illegible]

Yo leí, o me leyeron, la denuncia que he puesto de lo que ocurrió y provocó mi queja que tiene \_\_\_\_ páginas. Todo lo que he escrito es la verdad y exacto lo mejor de mi profundo conocimiento.

|                                                         |                                                      |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <b>Complainant's Signature (Denunciador Firme Aquí)</b> | <b>Date and Time Signed (Fecha y Hora que Firmo)</b> |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|

| Person Receiving the Complaint (Persona que recibe el formulario de queja) |               |               |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| Rank/Name/ ID Number                                                       | Date Received | Time Received |

☐ teléfono      ☐ En persona      ☐ Por Correo      ☐ Correo Electrónico      ☐ Otro

|                                                                                   |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Signature of person receiving complaint (Firma de la persona que recibe su queja) | Complaint Control Number (Número Asignado) |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|