



# DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE WATERVLIET

## INFORME DE QUEJA CIVIL

USO DE WPD ÚNICAMENTE:

IA C#:

El Departamento de Policía de Watervliet apoya a los ciudadanos a reportar quejas legítimas contra miembros del departamento. En consecuencia, se realizará una investigación exhaustiva e imparcial. Si este asunto procede a una audiencia formal de servicio civil, es posible que puede ser contactado para testificar. Esta denuncia que presenta debe hacerse libre y voluntariamente sin coerción ni promesa de ningún tipo. La información proporcionada por usted debe ser verdadero, ya que puede servir como base para una acción disciplinaria contra un miembro del Departamento de Policía de Watervliet. Por lo tanto, cualquier declaración falsa o incorrecta que se le atribuya puede servir como base para una acción penal en su contra. Tenga en cuenta que cualquier declaración falsa que usted proporcione (a) mientras da testimonio, o (b) bajo juramento en un instrumento escrito suscrito, tal como este formulario de queja, se penaliza como un delito menor de clase A de conformidad con la Sección 210.45 de la Ley Penal de la NYS.

<b>Información del denunciante</b>					
<b>Nombre:</b>	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Dirección: (hogar)</b>	Casa e calle:				
	Ciudad:	Estado:		Cremallera:	
<b>Teléfono #:</b>	Cellular: <input type="checkbox"/>	Numero de telefono (primario):		Cellular: <input type="checkbox"/>	Alt. Ph #:
	Trabajo: <input type="checkbox"/>			Trabajo: <input type="checkbox"/>	
	Casa: <input type="checkbox"/>			Casa: <input type="checkbox"/>	
	Otro: <input type="checkbox"/>			Otro: <input type="checkbox"/>	
<b>Correo electrónico:</b>					
<b>Detalles de la queja:</b>					
<b>Fecha de Incidente:</b>		<b>Hora de Incidente:</b>	am/pm	<b>Locación de Incidente:</b>	
<b>Fecha Reportada:</b>		<b>Hora Reportada:</b>	am/pm		
<b># de Multa o Incidente: (si se sabe)</b>			<b>Información del testigo: (nombre / dirección / número de teléfono):</b>		
<b>Lista o describa todo Personal de WPD involucrado:</b>	Si lo sabe, proporcione el (los) nombre (s) del miembro, el número de placa, el número de vehículo y / o la descripción física.				
<b>¿Estabas físicamente herido?</b>	Si: <input type="checkbox"/>	<b>En caso afirmativo, describa la lesión y el tratamiento médico:</b>			
	No: <input type="checkbox"/>				
	N/A: <input type="checkbox"/>				
<b>¿Incluye fotos o otras pruebas para respaldar su queja?</b>	Si: <input type="checkbox"/> * En caso afirmativo, describa en la pág. 2		No: <input type="checkbox"/>	N/A: <input type="checkbox"/>	
<b>¿Necesita un intérprete?</b>	No: <input type="checkbox"/>		Si: <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique el idioma:		
<b>Resumen: En solo una o dos oraciones, complete la siguiente declaración: "Me quejo de que ..."</b>					
<b>Descripción de lo que pasó</b>					
Asegúrese de incluir cómo se vio afectado directamente por el incidente. Identifique los roles de los miembros involucrados. Resuma las declaraciones con la mayor precisión posible.					

\*Continue on to Page 2

Adjunte páginas adicionales si es necesario..

Descripción de las fotos u otra evidencia que envía (si corresponde):

**\* DE CONFORMIDAD CON LA SECCIÓN 210.45 DE LA LEY PENAL DEL ESTADO DE NUEVA YORK, CUALQUIER INCORRECTO O FALSO LA DECLARACIÓN QUE SE ATRIBUYE A USTED Y QUE CONTIENE HERIN ES SANCIONABLE COMO UN DELITO MENOR DE CLASE \*\***

**Firma del denunciante**

**Fecha y hora**

**Para ser completado por la persona que recibe la queja (To be completed by person receiving complaint):**

<b>Complaint rec'd by:</b>	<i>Print Name</i>			<i>Date/Time:</i>		<i>Location Rec'd</i>	
	<b>How was Complaint Received?</b>		<input type="checkbox"/> <i>In Person</i>	<input type="checkbox"/> <i>Mail</i>	<input type="checkbox"/> <i>Email</i>	<i>Other:</i>	
<b>Photos or other evidence submitted by complainant?</b>	<input type="checkbox"/> <i>-Yes (Must include a property receipt)</i>			<b>Was a copy of the completed form provided to complainant?</b>			<input type="checkbox"/> <i>-Yes</i>
	<input type="checkbox"/> <i>-No</i>						<input type="checkbox"/> <i>-No</i>
<b>Para ser completado por la Oficina del Jefe (To be completed by the Office of the Chief):</b>							
<b>Workflow Signatures:</b>	<b>Referred to:</b> <input type="checkbox"/> <i>Platoon Supervisor</i> <input type="checkbox"/> <i>IAB</i> <input type="checkbox"/> <i>Other:</i>						
	<i>Chief of Police</i>				<i>Date Received</i>		
<b>IAB (if assigned)</b>	<b>IAB Received:</b>		<b>IAB #:</b>		<b>Inv:</b>		