



Waterford Police Department
Departamento de Policías
41 Avery Lane Waterford, Ct 06385
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 o correo electrónico a la Oficina de Asuntos Internos (Internal Affairs Unit) de esta agencia. La dirección es: Chief Brett Mahoney, Waterford Police Department, 41 Avery Lane, Waterford, Connecticut 06385. Email: bmahoney@waterfordct.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 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: 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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">YES/SI</th> <th style="width: 33%;">NO/NO</th> <th style="width: 33%;">UNSURE/ No estoy seguro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-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"/>																			

