



Waterford Police Department
Departamento de Policías
41 Avery Lane Waterford, Ct 06385
Ciudadano Formulario de Queja



Por favor complete este formulario y llévalo 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 Marc Balestracci Waterford Police Department, 41 Avery Lane, Waterford, Connecticut 06385. Email: mbalestracci@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;"> <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> <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> </table> | YES/SI | NO/NO | UNSURE/ No estoy seguro | <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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

