



Ciudadano Formulario de Queja/Denuncia

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 Gene Labonte, University of Connecticut Police Department, 126 North Eagleville Road, Storrs, CT 06269-3070 o Email: chiefofpolice@uconn.edu.

Fecha del Incidente	Hora del Incidente	Día denunciado	Hora denunciada																		
Dirección donde ocurrió el incidente																					
Nombre de la Perona Denunciando		dirección de la persona denunciando																			
Fecha de nacimiento	Número de teléfono de la casa	Número Celular																			
Su Correo Electrónico																					
Nombre de la persona ayudándote		dirección	teléfono																		
El nombre de la persona (s) en quien tienes la queja o si no una descripción, número de placa, numero del carro.																					
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 border="0"> <thead> <tr> <th>Si</th> <th>NO</th> <th>No está Seguro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	Si	NO	No está 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"/>
Si	NO	No está 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"/>																			
<i>Si contestaste afirmativo "Si" a una de estas preguntas, por favor, escribe los detalles utilizando la segunda pagina de este documento.</i>																					

