

## East Hampton Departamento de Policías

### 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 Dennis Woessner, East Hampton Police Department, 1 Community Drive, East Hampton, Connecticut 06424. Email: [dwoessner@easthamptonct.gov](mailto:dwoessner@easthamptonct.gov)

Date of Incident (Fecha del Incidente)	Time of Incident (Hora del Incidente)	Date Reported (Dia 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 ayudándote)	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, número 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	UNSURE/ No Estoy seguro
1. ¿En tu conocimiento, este incidente o parte del mismo, fue grabado en vídeo o de audio?		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna persona te ha amenazado o tratado de intimidarte en un esfuerzo de evitarle que esta queja?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Puedes, leer, escribir, y hablar en lenguaje de inglés?		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Si contestaste afirmativo "Sí" a una de estas preguntas, por favor, escribe los detalles utilizando el reverso de este papel.				

