



**DEPARTAMENTO DE POLICIA
PUEBLO DE SHELTER ISLAND
APARTADO POSTAL 1056
SHELTER ISLAND, NY 11964**

*Emergencia: 911
No Emergencia: (631)749-0600
FAX: (631) 749-0637
townpolice@shelterislandtown.us*

Formulario para cumplidos/quejas

Instrucciones: Si le gustaría hacerle un cumplido a un empleado del Departamento de Policía del Pueblo de Shelter Island, o hacer una queja en contra de un empleado del departamento, favor de escribir legiblemente y llenar este formulario. La información personal no será revelada al público, a menos que sea obligatorio según la ley. Se puede entregar este formulario por correo o devolverlo en persona al Departamento de Policía a la dirección indicada en la parte superior de esta página.

Deseo presentar (favor de marcar uno): Un Cumplido Una Queja

Aviso: Se puede presentar un cumplido o una queja de manera anónima. Tenga entendido que al presentar anónimamente no se aporta la oportunidad de contactarle por más información ni para avisarle de nuestras acciones relacionadas con su cumplido o queja.

Su información (se puede dejar en blanco si desea quedarse anónimo)

APELLIDO		NOMBRE		<small>INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE</small>	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCION Y NUMERO DE APARTAMENTO		CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEFONO DE DOMICILIO	NUMERO DE TELEFONO DE TRABAJO		NUMERO DE TELEFONO CELULAR		

¿Presenta Ud. esto de parte de otra persona? Sí No Si sí, entonces complete esta sección

¿Cuál es el apellido de la persona?	NOMBRE		<small>INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE</small>	EDAD
DIRECCION Y NUMERO DE APARTAMENTO	CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
¿Cuál es su relación con Ud.?	NUMERO DE TELEFONO DE DOMICILIO	NUMERO DE TELEFONO DE TRABAJO/CELULAR		

Policía o Empleado involucrado

Nombre o número de identificación	Nombre o número de identificación
Nombre o número de identificación	Nombre o número de identificación
Nombre o número de identificación	Nombre o número de identificación

Información sobre el incidente

Locación o dirección del incidente		Fecha del incidente	Hora del incidente AM PM
Apellido del testigo	Nombre del testigo		EDAD
Dirección del testigo	CIUDAD	ESTADO	Número de teléfono

Sección narrativa

Yo avalo que la información arriba y mi declaración es es verdadera y correcta por lo que recuerdo
 Firma: _____ Fecha: _____

