



Sólo para uso Oficial: Date/Time Received: _____ Received by: _____ CPC #: _____ Assigned to: _____

Civilian Police Oversight Agency (CPOA)
Agencia del Control Civil de las Autoridades
Formulario de queja o reconocimiento del Departamento de la Policía de Albuquerque (APD)

Este formulario puede ser entregada a mano en la oficina de la CPOA situado en el edificio de Plaza del Sol, 600 2nd St. NW, 87102, Room 813, Albuquerque, NM 87102
Fax: 505-924-3775
Correo: CPOA, P.O. Box 1293
Albuquerque, NM 87103
Correo electrónico: cpoa@cabq.gov
TTY (800) 659-8331

Por favor, completa toda la información posible. La CPOA sólo acepta quejas y reconocimientos para el departamento de la policía de Albuquerque (APD). A fin de garantizar la accesibilidad para todos, por ejemplo, si fuera necesario un intérprete de lenguaje de señas o si le hiciera falta ayuda para rellenar este formulario, sírvase comunicarse con la CPOA a 505-924-3770.

Quisiera presentar: una queja un reconocimiento

¿Está interesado en la mediación?

Sí No Más información

Información acerca de Usted:

Primer: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Teléfono: () _____ - _____ Tel. de Celular o Trabajo () _____ - _____ ¿Mejor tiempo para llamar? _____

Correo Electrónica: _____ ¿Idioma preferido?: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Apt#: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Opcional: Esta sección es sólo para fines estadísticos.

Género: _____ **Raza/ Etnicidad:** Africana Americana, Asiática, Blanca, Hispano, India Americana, Otro _____

Orientación Sexual: Heterosexual/ Homosexual/ Bisexual/ Otro: _____

¿Usted tiene una enfermedad mental? Sí No

¿Usted lucha con la falta de hogar? Sí No

Información sobre el incidente:

Fecha: ____/____/____ Hora: _____ AM / PM

Lugar o Dirección del incidente: _____
Calle Apt# Ciudad Estado Código postal

Información acerca de los empleados del Departamento de Policía de Albuquerque (APD) involucrados:

Nombre: _____ No. de identificación: _____

Nombre: _____ No. de identificación: _____

¿Está llenando este formulario para otra persona? Sí No **¿Ud. testigo del incidente?** Sí No

Nombre de la persona que está presentando este formulario para: _____ Teléfono: () _____ - _____

Información acerca del testigo:

Nombre: _____ Teléfono: () _____ - _____

Dirección: _____
Calle Apt# Ciudad Estado Código postal

STATEMENT

Por favor, describa brevemente lo que pasó (puede añadir hojas adicionales si es necesario).

Es importante proporcionar tanta información como sea posible. Por favor, describa el incidente con todo detalle incluyendo los nombres de APD, dirección, fecha, tiempo, y los testigos. Sí no se conocen los nombres de APD, por favor describe las personas involucradas.

¿Qué resultado está buscando?

La información contenida en esta declaración es verdad y hecho al mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que esto es información pública cuando este formulario es firmado. Yo entiendo que pudo ser requerido a aparecer en la oficina del Civilian Police Oversight para una entrevista o proporcionar otra asistencia en la investigación, según sea necesario. Yo entiendo que si presento una queja, es ilegal y en contra de las políticas de APD para que cualquiera pueda tomar represalias en mi contra por la presentación de esta queja.

Firma _____ **Fecha**

Sólo para uso Oficial: APD Personnel who receive misconduct complaints must notify a supervisor immediately. Supervisor shall submit complaint to Internal Affairs by the end of the shift following the shift in which the complaint was received.

APD Supervisor Signature: _____ Date: _____ Time Received: _____ AM / PM