



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

