

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



Agencia del Control Civil de las Autoridades
Formulario de queja o reconocimiento del Departamento de la Policía de Albuquerque (APD)

Este formulario puede ser entregado 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
Oficina: 505-924-3770
Fax: 505-924-3775
Correo: CPOA, P.O. Box 1293
Albuquerque, NM 87103
Correo electrónico: cpoa@cabq.gov
TTY (800) 659-8331

Por favor, complete 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 llenar este formulario, comuníquese con la CPOA al 505-924-3770.

Quisiera presentar: una queja un reconocimiento **¿Está interesado en la mediación?** Sí No Más información

¿Qué resultado está buscando? (Por favor describa lo que pasó en el otro lado de esta página)

Información acerca de Usted:

Nombre y Apellidos: _____
Teléfono: () _____ - _____ Tel. de Celular o Trabajo () _____ - _____ ¿Mejor tiempo para llamar? _____
Correo Electrónico: _____ ¿Idioma preferido?: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Dirección: _____ Apt#: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

¿Usted fue testigo del incidente? Sí No

Nombre de la persona por la cual está llenando este formulario: _____ Teléfono: () _____ - _____

Información acerca del testigo:

Nombre: _____ Teléfono: () _____ - _____

Dirección: _____
Calle Apt# Ciudad Estado Código postal

