

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

