



Escanee este código QR para presentar este formulario en línea

Formulario de quejas o reconocimientos del Departamento de Policía de Albuquerque- APD

Envíe este formulario a la oficina de la CPOA por cualquiera de los siguientes medios:

Correo: P.O. BOX 1293, Albuquerque, NM 87103

Oficina: (505) 924-3770

Entrega en persona: 501 Tijeras Ave NW, Ste 2E, ABQ, NM 87102

TTY: (800) 659-8331

Correo electrónico: cpoa@cabq.gov

Sitio web: www.cabq.gov/cpoa

Alternativa: Los formularios también pueden entregarse en persona en cualquier instalación del Departamento de Policía de Albuquerque (APD, por sus siglas en inglés).

Quiero presentar: ☐ Una queja ☐ Un reconocimiento

La Agencia Civil de Supervisión Policial de Albuquerque (CPOA, por sus siglas en inglés) solo acepta quejas y reconocimientos relacionados con empleados de APD. Puede enviar este formulario de forma anónima o sin información de contacto; sin embargo, si no tenemos una forma de comunicarnos con usted, nuestra capacidad para investigar a fondo podría verse limitada. Proporcionar información de contacto le da a la CPOA la mejor oportunidad de llevar a cabo una investigación exhaustiva.

** De acuerdo con la Ordenanza de Supervisión de la Ciudad, la mediación debe ser la primera opción a considerar en el proceso de resolución de quejas. La elegibilidad para la mediación se determina según las pautas establecidas y está sujeta a la discreción del director ejecutivo de la CPOA.*

** Para satisfacer cualquier necesidad de accesibilidad, como traducción o interpretación de idiomas, o para recibir ayuda para completar este formulario, comuníquese con la CPOA.*

EL PAPEL QUE TUVO USTED EN EL INCIDENTE

☐ Estuve directamente involucrado/a ☐ Estuve presente en el incidente y lo presencié, pero no estuve directamente involucrado/a

☐ Estoy enviando este formulario en nombre de otra persona involucrada en un incidente

Nombre de la persona en nombre de la cual presenta el formulario: _____
Teléfono: _____

INFORMACIÓN SOBRE USTED

Nombre: _____ Apellido: _____ Segundo nombre: _____

Teléfono fijo / celular: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____ Idioma preferido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Departamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

TESTIGOS ADICIONALES

** Por favor, incluya únicamente a los testigos que no estén afiliados a la APD. Los testigos deben limitarse a personas con conocimiento de primera mano o información relevante sobre el incidente.*

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ N.º de identificación o de placa: _____

Nombre: _____ N.º de identificación o de placa: _____

Fecha: _____ Hora: _____ ☐ a. m. ☐ p. m.

DECLARACIÓN

** Por favor, describa los hechos del incidente, centrándose en los detalles específicos de lo ocurrido. Si no conoce los nombres, incluya una descripción detallada del empleado o empleados de APD involucrados. Si tiene un número de CAD o de reporte, inclúyalo aquí. Su cooperación y participación son fundamentales para la investigación. Sin ellas, nuestra investigación se basará únicamente en la información proporcionada aquí. Puede adjuntar páginas o documentos adicionales si es necesario.*

[illegible]

** Como organismo de supervisión administrativa que opera dentro del sistema disciplinario de APD y de la ciudad, la CPOA no puede obligar a APD a reabrir casos penales, modificar medidas legales, alterar resultados judiciales o procesales, ni acelerar la tramitación de los casos.*

SOLO POR FINES ESTADÍSTICOS

La CPOA se compromete a garantizar que todas las personas reciban un trato igualitario y justo durante sus interacciones con la APD. La siguiente información demográfica ofrece una valiosa perspectiva sobre las tendencias emergentes.

Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario ☐ Prefiero no responder

Orientación sexual: ☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Asexual ☐ Otro

☐ Prefiero no responder

Raza: ☐ Indígena americano y nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Razas mixtas ☐ De Oriente Medio o del norte de África ☐ Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro

☐ Prefiero no responder

Origen étnico: ☐ Hispano ☐ No hispano ☐ Prefiero no responder

¿Tenía algún problema de salud mental en el momento del incidente? ☐ Sí ☐ No

☐ Prefiero no responder

¿Se encontraba sin hogar en el momento del incidente? ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Si desea enviar este formulario de forma anónima, escriba «ANÓNIMO» en la línea de la firma.

Reconozco que la información proporcionada en esta declaración es verdadera y fáctica, según mi leal saber y entender, y que se convertirá en registro público una vez presentada.

Entiendo que el personal de APD tiene prohibido tomar represalias contra cualquier persona por presentar una queja. Si considero que he sufrido represalias por presentar una queja, me pondré en contacto con la CPOA de inmediato.

Entiendo que, si la denuncia se remite a mediación, el proceso comenzará una vez que el mediador la acepte.

Firma: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO OFICIAL: Fecha/Hora de recepción: _____ Recibida por: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA: El personal de APD que reciba denuncias de conducta indebida debe notificarlo de inmediato a un supervisor. El supervisor deberá presentar las denuncias de acuerdo con la política establecida.

Firma del supervisor de la APD: _____ Fecha: _____