

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. Usted puede presentar su formulario anónimamente, pero su información es importante para la investigación.

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

STATEMENT

Por favor, describa brevemente lo que pasó (puede añadir hojas adicionales si es necesario). El formulario debe ser llenado de la manera más completa posible e incluir toda la información disponible del incidente. Relate los hechos de manera completa y detallada. Especifique el lugar y la fecha en que ocurrieron las violaciones alegadas. En caso de que no tenga el nombre del oficial(es) incluya una descripción de las persona(as) involucradas.

Opcional:

El Departamento de Justicia y la CPOA están solicitando esta información sólo para fines estadísticos. Estas son preguntas demográficas opcionales para responder. Gracias por su participación, por favor nos ayudan a recopilar esta información para hacer un mejor departamento.

¿Habla y entiende Inglés? Sí No

Género: Masculino/ Femenino/ Transgénero/ Otro: _____

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

Raza: Africana Americana/Asiática/Negro/Nativo Americano/Islas de Pacífico/Blanco/Otro *Etnicidad:* Hispano/ No Hispano

¿Usted tiene una enfermedad mental? Sí No

¿Usted lucha con la falta de hogar? Sí No *¿Estaba sin hogar en el momento de este incidente?* Sí No

Si desea enviar este formulario de manera anónimo, por favor escriba "anónimo" en la línea de la firma. Yo entiendo que la información contenida en esta declaración es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Yo entiendo que al firmar este formulario la información sera pública. Yo entiendo que pudo ser requerido a aparecer en la oficina del Civilian Police Oversight para una entrevista o para proporcionar asistencia adicional en la investigación, según sea necesario. Yo entiendo que es ilegal y en contra de las políticas de APD 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