

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/Islands 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