

Civilian Complaint Form (CO3)

Reporte De Quejas Civiles



Complaint No/
 Núm. de Queja o Reclamo
 LEAVE BLANK /Deje el espacio en blanco

New Rochelle Police Department
475 North Avenue New Rochelle, NY 10801

Please deliver in person or mail completed form to: INTERNAL AFFAIRS UNIT at the above address. Please make a copy for your records. *Por Favor de entregar este formulario al cuartel en persona, o de enviarlo a: INTERNAL AFFAIRS UNIT, a la dirección mencionada arriba. Por favor, haga una copia para sus archivos.*

Date and Time Reported (DD/MM/YYYY, HRS) <i>Hora y fecha del reporte</i>	Date and Time of Incident (DD/MM/YYYY, HRS) <i>Hora y fecha dell incidente</i>	Location of Incident <i>Lugar del incidente</i>
-----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

Complainant's Last Name <i>Apellido del reclamante</i>	First Name <i>Primer Nombre</i>	Date of Birth (DD/MM/YYYY) <i>Fecha de Nacimiento</i>	Race <i>Raza</i>
Mailing Address/ Apartment or floor <i>Direccion Postal /Apt. o Piso</i>	City, State, Zip Code <i>Ciudad, Estado</i>	Day Phone <i>Tel. Día</i>	Evening Phone <i>Tel. Noche</i>

Witness's Last Name <i>Apellido del testigo(s)</i>	First Name <i>Primer Nombre</i>	Age <i>Edad</i>	Mailing Address/ Apartment or floor <i>Direccion Postal /Apt. o Piso</i>	Day Phone/ Evening Phone <i>Tel. Dia/ Tel. Noche</i>

Time and Date of Occurrence/ <i>Hora y fecha del incidente</i>	Location/ <i>Lugar</i>
----------------------------------------------------------------	------------------------

Name of Police department Member(s) involved- if unknown, provide description. <i>Nombre del policia(s)- si lo desconoce, proveer descripcion</i>	Shield # <i>Número de placa</i>	Division/ <i>División</i>

Nature of Complaint/ Tipo de querrella/ Queja:

<input type="checkbox"/> Arrest /Arresto	<input type="checkbox"/> Other Complaint/ Otro tipo de reclamo/ Queja	<input type="checkbox"/> Sexual Harassment/ Acoso Sexual
<input type="checkbox"/> Detention/ Detención	<input type="checkbox"/> Search of Property/ Allannamiento de propiedad	<input type="checkbox"/> Theft by Officer/ Robo por un Policia(s)
<input type="checkbox"/> Excessive Force/ Uso de fuerza excesiva	<input type="checkbox"/> Property Lost by Officer/ Propiedad perdida por policia(s)	<input type="checkbox"/> Search of Person/ Cateo (Registro) de su persona
<input type="checkbox"/> Hate or Bias/ incidente basado en odio o prejuicio	<input type="checkbox"/> Racial Profiling/Descriminación	<input type="checkbox"/> Verbal Abuse/ Abuso verbal

Details of Complaint (Use reverse side of paper if more space is required/ *Provea los detalles de reclamo/ Queja. (Si necesita más espacio usar la parte de atras de éste formulario)*

Complainant's Signature/ Firma del reclamante	Date/ Fecha	Police officer Receiving Complaint Form/ Agente de policia recibiendo ésta información
-----------------------------------------------	-------------	----------------------------------------------------------------------------------------

