Formulario de Querella del Ciudadana

Oficina de Normas Profesionales • Junta de Revisión de la Policia Civil

205 West St. Clair Avenue • Suite 301 • Cleveland, Ohio • 44113
Telefono 216-664-2944 • Fax 216-420-8764 • Correo Electronico clepolicecomplaints@city.cleveland.oh.us

Nombre del Querellante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____
Telefóno: _____ Correo Electrónico: _____

Complete esta sección solamente si usted está llenando el documento en representacion de un menor o persona discapacitada. De otra manera pase a la siguiente sección.

Nombre del Querellante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____
Telefóno: _____ Correo Electrónico: _____

La siguiente información demográfica es voluntaria y no requerida. Sin embargo, nos podria ayudar a identificar patrones y/o tendencias potenciales.

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro

Raza/Etnicidad: ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afro Americano ☐ Otro ☐ Hispano/Latino ☐ Nativo de Hawaii/Isleño del Pasifico ☐ Blanco/Caucásico

¿Tiene alguna discapacidad de acuerdo con el acta de americanos con discapacidades? (ADA) ☐ Si ☐ No

Fué usted arrestado? ☐ Si ☐ No Si fué asÍ, ¿cuál fué la razón? _____
¿Requerió atención médica? ☐ Si ☐ No Si fué así, ¿en qué facilidad médica? _____
¿Firmariá un formulario de autorizacion médica? ☐ Si ☐ No ☐ N/A

Fecha del incidente: _____ Hora del incidente: _____ A.M./P.M.
Lugar del incidente: _____
Nombre del Oficial: _____ Placa: _____ Distrito: _____
Descripción del Oficial: _____ Zona Vehicular #: _____
Nombre del Oficial: _____ Placa: _____ Distrito: _____
Descripción del Oficial: _____ Zona Vehicular #: _____
Nombre del testigo: _____ Dirección: _____ Telefóno: _____

Descripción del incidente:

Firma del Querellante: _____ Fecha: _____
Padre/guardián debe firmar en representacion de un menor.

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

Para uso de OPS solamente

C OF C 71-2186SP Rev. 8-2018

Si se lleno por CDP: Fecha en que se llenó: _____ Unidad/Distrito/Zone Vehicluar#: _____
Reporte#: _____ Naturaleza de la querella: _____
Fecha en que se recibió en OPS: _____ OPS Recibido por: _____ OPS Investigación#: _____

LA QUERELLA ORIGINAL DEBE SER PRESENTADA ANTE LA OFICINA DE NORMAS PROFESIONALES (OPS):

Por Correo o Entregada en Persona: 205 West St. Clair Avenue, Suite 301, Cleveland, Ohio 44113
Por Correo Electronico: clepolicecomplaints@city.cleveland.oh.us | Por Fax: (216) 420-8764

Blanca (original): OPS Amarillo (copia): Distrito/Oficino Rosa (copia): Querellante