

JUNTA DE COMISARIOS DE POLICÍA DE KANSAS CITY, MISSOURI
OFICINA DE QUEJAS COMUNITARIAS
INFORME DE QUEJAS COMUNITARIAS

SOLO PARA USO DE LA OFICINA
O.C.C. N° DE CONTROL _____
<input type="checkbox"/> TÍTULO VI - DISCRIMINACIÓN

HORA Y FECHA DEL INCIDENTE	LUGAR DEL INCIDENTE	NÚMEROS DE MULTAS O INFORMES, ETC.		
NOMBRE DEL DENUNCIANTE APELLIDO _____		NOMBRE DE PILA _____		RAZA _____
		SEXO _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	
DIRECCIÓN PARTICULAR _____	CIUDAD _____	ESTADO _____	CÓDIGO POSTAL _____	NÚMERO DE TELÉFONO _____
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL) _____			NÚMERO ALTERNATIVO DE TELÉFONO (OPCIONAL) _____	
NOMBRE DEL CO - DENUNCIANTE APELLIDO _____		NOMBRE DE PILA _____		RAZA _____
		SEXO _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	
DIRECCIÓN PARTICULAR _____	CIUDAD _____	ESTADO _____	CÓDIGO POSTAL _____	NÚMERO DE TELÉFONO _____
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL) _____			NÚMERO ALTERNATIVO DE TELÉFONO (OPCIONAL) _____	
NOMBRE DEL MIEMBRO DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA OBJETO DE LA QUEJA (si lo desconoce, describa al agente y el tipo de deber realizado; por ejemplo, a pie, en auto, detective, etc.)		COMPROBAR PLACA O NÚMERO DE SERIE		GRUPO ASIGNADO
		<input type="checkbox"/> B		
		<input type="checkbox"/> S		
		<input type="checkbox"/> B		
		<input type="checkbox"/> S		

- DESEO PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE MEDIACIÓN*
- NO DESEO PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE MEDIACIÓN Y ELIJO QUE SE INVESTIGUE MI QUEJA FORMALMENTE.

POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LOS DETALLES DE LA QUEJA (Si necesita más espacio, utilice el reverso del formulario)

***La mediación** conlleva el uso de un mediador neutral y capacitado que ayuda a dos (2) o más partes en desacuerdo a hablar y escucharse entre sí para intentar resolver la cuestión de manera satisfactoria para ambas partes. La mediación es una alternativa a la investigación formal de la queja. Ambas partes deben aceptar los términos de la mediación y acceder a cumplir con el resultado. Los acuerdos de la mediación se consideran definitivos.

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LAS DECLARACIONES QUE HE REALIZADO EN ESTE DOCUMENTO SON VERDADERAS Y EXACTAS SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER. COMPRENDO QUE HACER DECLARACIONES O AFIRMACIONES FALSAS A FUNCIONARIOS PÚBLICOS BAJO JURAMENTO ES SANCIONABLE POR LEY COMO DELITO MENOR O MAYOR. SI NO COOPERO PLENAMENTE CON EL PROCESO DE LA QUEJA, ÉSTA SERÁ ARCHIVADA SIN NINGUNA OTRA MEDIDA O CONTACTO POR PARTE DE LA OFICINA DE QUEJAS COMUNITARIAS.

FECHA DEL DENUNCIANTE _____

FECHA DEL CO-DENUNCIANTE _____

MIEMBRO DEL DEPTO. QUE RECIBE LA QUEJA							
RANGO _____	FIRMA _____	N° DE SERIE _____	FECHA _____	HORA _____	LUGAR _____		

FORMULARIO DE NOTARIZACIÓN DE LA OFICINA DE QUEJAS COMUNITARIAS

ESTADO DE Missouri)
) ss.
CONDADO DE _____)

Yo, _____, denunciante antes nombrado/a, mayor de edad [17 años o más], declaro bajo juramento que los hechos que aparecen en este documento son verdaderos según mi leal saber y entender.

Denunciante

Co-denunciante

Este _____ de _____, _____, el/la denunciante antes nombrado/a compareció personalmente ante mí, notario/a público/a, y declaro que dicho/a denunciante firmó la anterior declaración jurada por su libre albedrío y para los fines especificados en la misma.

Notario/a Público/a

Mi cargo expira: _____