

Este formulario debe ser entregada a la Oficina del Sheriff del Condado de Tompkins a través de una de las siguientes maneras: entregada en persona o por correo: Tompkins County Sheriff's Office, 779 Warren Road, Ithaca, NY 14850, o por Fax: (607) 266-5436.

Por favor complete el cuestionario a continuación con la mayor cantidad de información posible. La oficina del Sheriff solo acepta reclamos o elogios dirigidos a miembros de la oficina del Sheriff del condado de Tompkins. Puede llenar este formulario de manera anónima, sin embargo, tenga presente que una queda anónima dificulta tremendamente el proceso de investigación.

quiero llena un: Reclamo elogio interesado en Si No
 una mediación?

Qué resultado está buscando? (Por favor describa lo sucedido en la pagina 3)

- Reclamo formal:** Implica una alegación grave de mala conducta, quisiera que mi queja sea oficialmente investigada y que de validarse la denuncia se imponga un acto disciplinario.
- Reclamo informal:** Implica una queja o preocupación menor, solo quiero que mi queja/preocupación quede registrada en los archivos. Entiendo que se utilizará solo para propósitos informativos y que no será investigado de manera formal. Sin embargo, el asunto será discutido con el(los) empleado(s) involucrado(s).

Información personal:

Nombre: _____ Apellido: _____ inicial segundo apellido: _____

Pronombre(s) elegido: _____ Cómo prefiere que le llamen: _____

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

Mejor horario para llamarlo? _____ Correo electrónico: _____

Domicilio: _____

Condado (County)/Ciudad (Town)/Villa (Village): _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información acerca del incidente:

Fecha: ____/____/____ Hora: _____ AM PM

Dirección/Lugar: _____

Dirección: _____

Condado (County)/Ciudad (Town)/Villa (Village): _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información acerca del empleado(s) del Tompkins County Sheriff's Office involucrado:

Nombre: _____ Número de Identificación (ID)#: _____

Nombre: _____ Número de Identificación (ID)#: _____

Está llenando este formulario en representación de otra persona? Si No

Fue testigo del incidente? Si No

Persona por la que esta declarando: Teléfono: (____)____ - _____

Testigos adicionales:

Primer nombre: _____ **Apellido:** _____ **Inicial Segundo Nombre:** _____

Domicilio: _____

Condado (County)/Ciudad (Town)/Villa (Village): _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: (____)____ - _____ Celular: (____)____ - _____

Primer nombre: _____ **Apellido:** _____ **Inicial del Segundo nombre:** _____

Domicilio: _____

Condado (County)/Ciudad (Town)/Villa (Village): _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: (____)____ - _____ Celular: (____)____ - _____

Primer nombre; _____ **Apellido:** _____ **Inicial Segundo nombre:** _____

Domicilio: _____

Condado (County)/Ciudad (Town/Village): _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: (____)____ - _____ Celular: (____)____ - _____

INFORMACION OPCIONAL: La Oficina del Sheriff requiere esta información para fines estadísticos. Es opcional contestar estas preguntas demográficas. Valoramos su participación puesto que nos ayuda a detectar posibles sesgos o tendencias dentro de la Oficina del Sheriff.

Habla y entiende el inglés? SI No

Sexo/Género expresado: _____

Orientación sexual: _____

Raza: _____

Etnia: _____

Si desea enviar este formulario de manera anónima, por favor escriba "ANONIMO" en la línea de la firma.

Reconozco que la información provista en esta declaración es verídica y objetiva a mi real saber y entender y que se hará publica una vez archivada.

Entiendo que, de ser necesario, se me puede pedir que comparezca para una entrevista o para brindar información adicional para el proceso de investigación. Entiendo que es ilegal y contra la política de la Oficina del Sheriff que alguien tome represalias en mi contra por presentar un reclamo.

Firma _____

Fecha / /

OFFICIAL USE ONLY

Date Received: / / Time Received: _____ Received by: _____

(Spanish, 7/2020)