

Este formulário deve ser entregue ao Gabinete do Xerife do Condado de Tompkins em uma das seguintes maneiras: entregue à mão ou por correio: Tompkins County Sheriff's Office, 779 Warren Road, Ithaca, NY 14850, ou por Fax: (607) 266-5436.

Por favor, complete com o máximo de informação possível abaixo. O Gabinete do Xerife somente aceita reclamações ou recomendações a favor ou contra membros do Gabinete do Xerife do Condado de Tompkins. Você pode registrar este formulário anonimamente, porém, tenha em mente que uma reclamação anônima é extremamente difícil de investigar.

Quero registrar Reclamação Recomendação Interessado(a) em Sim Não
uma: Reclamação Recomendação mediação?

Qual resultado você está procurando? (Descreva o que aconteceu na página 3)

Reclamação formal: Envolve uma alegação grave de má conduta, e quero que minha reclamação seja oficialmente investigada, cuja disciplina pode ser imposta se a alegação for mantida.

Reclamação Informal: Envolve uma queixa ou preocupação menor e só quero minha reclamação/preocupação registrada. Entendo que será apenas para fins informativos e não será formalmente investigada. No entanto, o assunto será discutido com o(s) funcionário(s) envolvido(s).

Informações sobre você:

Nome: _____ Sobrenome: _____ Iniciais do nome do meio: _____

Pronome de tratamento: _____ Nome escolhido: _____

Telefone residencial: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

Melhor hora para ligar? _____ Email: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Informações sobre o incidente:

Data: ____/____/____ Hora: _____ AM PM

Endereço/Localização:

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Informações sobre o(s) funcionário(s) do Gabinete do Xerife do Condado de Tompkins envolvido(s):

Nome: _____ Número de identificação: _____

Nome: _____ Número de identificação: _____

GABINETE DO XERIFE DO CONDADO DE TOMPKINS

FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO OU RECOMENDAÇÃO

Você está enviando este formulário por outra pessoa? Sim Não

Você testemunhou o incidente? Sim Não

Pessoa pela qual você está submetendo: _____ Telefone: (____) _____ - _____

Testemunhas adicionais:

Nome: _____ Sobrenome: _____ Iniciais do nome do meio: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone residencial: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

Nome: _____ Sobrenome: _____ Iniciais do nome do meio: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone residencial: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

Nome: _____ Sobrenome: _____ Iniciais do nome do meio: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone residencial: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

INFORMAÇÃO OPCIONAL: O Gabinete do Xerife está solicitando estas informações para fins estatísticos. É opcional responder a essas perguntas demográficas. Valorizamos sua participação em nos ajudar a rastrear quaisquer ações tendenciosas dentro do Gabinete do Xerife.

Você fala e entende inglês? Sim Não

Sexo/Identidade de gênero: _____

Orientação sexual: _____

Raça: _____

Etnia: _____

Você tem doenças mentais? Sim Não

Você luta contra a falta de moradia? Sim Não

Você era morador de rua no tempo do ocorrido? Sim Não

