

**Эта форма должна быть направлена в Офис Шерифа Округа Томпкинс почтой или непосредственно при визите по адресу:**

**Tompkins County Sheriff's Office, 779 Warren Road, Ithaca, NY 14850,  
или факсом: (607) 266-5436.**

Пожалуйста, заполните данную форму полностью. Офис Шерифа принимает жалобы или похвалы исключительно в отношении членов Офиса Шерифа Округа Томпкинс. Вы можете подать эту форму анонимно. Однако помните – расследовать анонимные жалобы очень сложно.

Я хочу подать:  Жалобу  Похвалу **Заинтересованный в посреднике?**  Да  Нет

На какой результат вы рассчитываете? (Пожалуйста, опишите сложившуюся ситуацию на странице 3)

**Формальная жалоба:** серьезное обвинение в неправомерном поступке. Я хочу проведения официального расследования по моей жалобе, с возможным привлечением к дисциплинарной ответственности, в случае подтверждения обвинения.

**Неформальная жалоба:** несущественная жалоба. Я хочу, чтобы мою жалобу зарегистрировали. Я понимаю, что дело будет носить исключительно информационный характер, без проведения официального расследования. Тем не менее, эта жалоба будет обсуждаться с сотрудником(-ами), причастными к ней.

#### Информация о Вас:

Имя: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_ Отчество: \_\_\_\_\_

Форма обращения: \_\_\_\_\_ Предпочитаемое имя: \_\_\_\_\_

Домашний номер телефона: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Мобильный: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Подходящее время для звонка? \_\_\_\_\_ Электронная почта: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город/Село: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

#### Информация о происшествии:

Дата: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_  До полудня (AM)  После полудня (PM)

Место происшествия:

Адрес: \_\_\_\_\_

Город/Село: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

#### Информация о причастном (-ых) сотруднике (-ах) Офиса Шерифа Округа Томпкинс:

Имя: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Вы заполняете эту форму от имени другого лица?  Да  Нет

Вы были свидетелем инцидента?  Да  Нет

Имя человека, которого Вы представляете: \_\_\_\_\_ Телефон: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Другие свидетели:**

**Имя:** \_\_\_\_\_ **Фамилия:** \_\_\_\_\_ **Отчество:** \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город/Село: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Домашний номер телефона: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Мобильный: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Имя:** \_\_\_\_\_ **Фамилия:** \_\_\_\_\_ **Отчество:** \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город/Село: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Домашний номер телефона: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Мобильный: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Имя:** \_\_\_\_\_ **Фамилия:** \_\_\_\_\_ **Отчество:** \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город/Село: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Домашний номер телефона: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Мобильный: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:** Эта информация используется Офисом Шерифа для целей статистики. Отвечать на вопросы касательно демографии является необязательным условием. Мы ценим ваше участие и помощь в отслеживании каких-либо предрассудков или тенденций в Офисе Шерифа.

Вы понимаете и говорите на английском?  Да  Нет

Стать/Гендерное выражение: \_\_\_\_\_

Сексуальная ориентация: \_\_\_\_\_

Раса: \_\_\_\_\_

Этническая принадлежность: \_\_\_\_\_

Болеете ли вы психическими заболеваниями?  Да  Нет

Вы бездомный?  Да  Нет

Были ли Вы бездомным на момент инцидента?  Да  Нет

