



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Fecha de recepción: _____

Nº. de reclamación: _____

Nombre de la persona que presenta la reclamación: _____

Dirección postal: _____

Número telefónico principal: _____ Teléfono alternativo: _____

Correo electrónico principal: _____

Ocupación (opcional): _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Femenino No binario/tercer género Transgénero
 (Seleccione todas las opciones que correspondan) Masculino Prefiero no declararlo
 Prefiero autodescribirme _____

Etnia: Asiático Negro/Afroamericano Blanco
 (Seleccione todas las opciones que correspondan) Hispano/Latino No mencionado: Prefiero no declararlo

¿Tiene alguna discapacidad? Sí No En caso afirmativo, ¿la discapacidad está relacionada con la reclamación? Sí No

En caso afirmativo, enumere aquí: _____

Si usted tiene cargos delictivos pendientes, debe consultar con un abogado antes de presentar su reclamación ante PAC Comisión de Asesoramiento Policial).

El incidente involucró a un oficial de policía de Filadelfia? Sí No (en caso negativo, hable con el personal de PAC)

Lugar del incidente: _____

Fecha y hora del incidente: _____

Describa las heridas que sufrió: _____

¿En dónde se trataron sus heridas y por quién fue atendido/a? _____

En caso de que las heridas hayan sido tratadas, ¿autorizaría la divulgación de su información médica a PAC? Sí No

En caso afirmativo, firme y devuelva el Formulario de Autorización Médica provisto por PAC.

¿Se tomaron fotografías de las heridas? Sí No En caso afirmativo, ¿quién lo hizo? _____

¿El hecho fue registrado digitalmente? Sí No En caso afirmativo, ¿quién lo hizo? _____

¿Lo arrestaron? Sí No ¿Los cargos delictivos están pendientes? Sí No

¿Hay un informe de la policía de PPD? Sí No En caso afirmativo, Nº. de informe/DC _____

To be filled out by PAC Investigator: (Para ser llenado por el investigador de PAC)

What is the nature of complaint? _____

Is this a single event or ongoing problem? _____

Is there a secondary complaint? _____

Is this a single event or ongoing problem? _____

Intake Person: _____

Continúa en página 2

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Fecha de recepción: _____

Nº. de reclamación: _____

Describe el incidente con detalles: _____

Sí es necesario, use más hojas.

Información del oficial de policía involucrado			
Placa	Nombre	Sexo	Raza

Información del testigo		
Nombre	Dirección (del hogar o de correo electrónico)	Número de teléfono

Certificación

Por la presente certifico que, según mi entender, la declaración expresada en esta reclamación es verdadera.

Firma de la persona que presenta la reclamación

Fecha

¿Cómo se enteró de la Comisión de Asesoramiento Policial de Filadelfia (Philadelphia Police Advisory Commission)?

- Internet: _____ Publicación: _____
- Remisión: _____ Otro: _____

Restablecer formulario

Enviar formulario