



FORMULÁRIO DE QUEIXA

Data Recebido: _____

Queixa nº. _____

Nome do reclamante:				Data de nascimento:			
Endereço do reclamante:							
Cidade, estado, CEP:							
Telefone principal:			E-mail principal:				
Dados demográficos do reclamante							
Gênero							
Feminino	Não binário/terceiro gênero		Prefere se autodescrever:				
Masculino	Homem trans		Mulher trans		Prefere não responder		
Raça							
Branco	Negro/Afro-americano		Nativo americano/nativo do Alasca		Outro/Não listado:		
Asiático	Nativo havaiano/outro ilhéu do Pacífico		Prefere não responder				
Etnia							
Hispânicx/Latinx			Não Hispânicx/Latinx				
Deficiência							
Você tem alguma deficiência?		Sim	Não	A sua deficiência está relacionada com o incidente?		Sim	Não
Se sim, liste a deficiência aqui:							
Observação: O CPOC só tem jurisdição sobre o Departamento de polícia da Filadélfia. Queixas envolvendo outros departamentos de polícia serão encaminhadas ao órgão competente.							
O incidente envolveu um policial da Filadélfia?				Sim		Não	
Informações do policial envolvido							
Nº. do distintivo	Nome		Raça/gênero		Características de identificação (por exemplo, cabelo, altura etc.)		
Data e hora do incidente:							
Local do incidente:							
Houve algum ferimento?			Sim	Não	Em caso positivo, descreva:		
Foi providenciado tratamento médico para lesões:			Sim	Não	Em caso positivo, descreva:		
Foram tiradas fotos?			Sim	Não	Em caso positivo, por quem?		
O evento foi gravado digitalmente?			Sim	Não	Em caso positivo, por quem? (por exemplo: por si próprio, vigilância empresarial etc.)		

FORMULÁRIO DE QUEIXA

Data Recebido: _____

Queixa nº. _____

Como você ficou sabendo da Comissão de Supervisão da Polícia Cidadã da Filadélfia?

Internet:		Publicação:	
Indicação:		Outro:	