

ФОРМА ЖАЛОБЫ

Дата получения: _____

Номер жалобы: _____

Имя заявителя:				Дата рождения:	
Адрес заявителя:					
Город, штат, почтовый индекс:					
Основной телефон:		Основной адрес эл. почты:			
Демографические данные заявителя					
Гендер					
Женщина	Небинарный/третий гендер	Предпочитаю описать самостоятельно:			
Мужчина	Транс-мужчина	Транс-женщина	Воздерживаюсь от ответа		
Расовая принадлежность					
Европеоидная	Афроамериканская	Американский индеец / коренной житель Аляски	Иная / отсутствует в списке:		
Монголоидная	Коренной житель о. Гавайи / житель других тихоокеанских островов	Воздерживаюсь от ответа			
Национальность					
Латиноамериканская		Не латиноамериканская			
Инвалидность					
Есть ли у вас инвалидность?	Да	Нет	Связано ли то, что у вас есть инвалидность, с произошедшим?	Да	Нет
Если да, опишите инвалидность.					
Примечание: Под юрисдикцию Комиссии по общественному контролю за деятельностью полиции (СРОС) попадает только Полицейское управление г. Филадельфия. Жалобы касательно других полицейских управлений будут перенаправлены в соответствующие органы.					
Был ли сотрудник полиции Филадельфии причастен к инциденту?			Да	Нет	
Информация о причастном полицейском					
Номер жетона	Имя	Раса/гендер	Особые приметы (например, волосы, рост и т. д.)		
Дата и время инцидента:					
Место инцидента:					
Были ли получены травмы?		Да	Нет	Если да, опишите.	
Была ли оказана медицинская помощь в связи с травмами?		Да	Нет	Если да, опишите.	

ФОРМА ЖАЛОБЫ

Дата получения: _____

Номер жалобы: _____

Подпись заявителя

Дата

Как вы узнали о Комиссии по общественному контролю за деятельностью полиции г. Филадельфия?

<input type="checkbox"/>	Интернет:	<input type="checkbox"/>	Публикации в СМИ:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	По рекомендации:	<input type="checkbox"/>	Другое:	<input type="checkbox"/>