

# ФОРМА ЖАЛОБЫ

Дата получения: \_\_\_\_\_

Номер жалобы: \_\_\_\_\_

|  |  |  |     |   |                   |  |    |     |
|--|--|--|-----|---|-------------------|--|----|-----|
| <b>Имя заявителя:</b>  |  |  |     | <b>Дата рождения:</b>                                       |                   |  |    |     |
| <b>Адрес заявителя:</b>  |  |  |     |   |                   |  |    |     |
| <b>Город, штат, почтовый индекс:</b>   |  |  |     |   |                   |  |    |     |
| <b>Основной телефон:</b>   |  |  |     | <b>Основной адрес</b>                                       |                   | <b>эл. почты:</b>                                      |    |     |
| <b>Демографические данные заявителя</b>  |  |  |     |   |                   |  |    |     |
| <b>Гендер</b>  |  |  |     |   |                   |  |    |     |
| Женщина  |  | Небинарный/третий гендер   |     | Предпочитаю описать самостоятельно:                         |                   |  |    |     |
| Мужчина  |  | Транс-мужчина  |     | Транс-женщина   |                   | Воздерживаюсь от ответа                                |    |     |
| <b>Расовая принадлежность</b>  |  |  |     |   |                   |  |    |     |
| Европеоидная   |  | Афроамериканская   |     | Американский индеец / коренной житель Аляски                |                   | Иная / отсутствует в списке:                           |    |     |
| Монголоидная   |  | Коренной житель о. Гавайи / житель других тихоокеанских островов |     | Воздерживаюсь от ответа                                     |                   |  |    |     |
| <b>Национальность</b>  |  |  |     |   |                   |  |    |     |
| Латиноамериканская   |  |  |     | Не латиноамериканская                                       |                   |  |    |     |
| <b>Инвалидность</b>  |  |  |     |   |                   |  |    |     |
| Есть ли у вас инвалидность?  |  | Да   | Нет | Связано ли то, что у вас есть инвалидность, с произошедшим? |                   |  | Да | Нет |
| Если да, опишите инвалидность.   |  |  |     |   |                   |  |    |     |
| <b>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.</b> |  |  |     |   |                   |  |    |     |
| Был ли сотрудник полиции Филадельфии причастен к инциденту?  |  |  |     | Да  |                   | Нет  |    |     |
| <b>Информация о причастном полицейском</b>   |  |  |     |   |                   |  |    |     |
| <b>Номер жетона</b>  |  | <b>Имя</b>   |     | <b>Раса/гендер</b>  |                   | <b>Особые приметы (например, волосы, рост и т. д.)</b> |    |     |
|  |  |  |     |   |                   |  |    |     |
|  |  |  |     |   |                   |  |    |     |
|  |  |  |     |   |                   |  |    |     |
| 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<br>в СМИ: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | По<br>рекомендации: | <input type="checkbox"/> | Другое:              | <input type="checkbox"/> |