



# FORMULARIO DE RECLAMO

Fecha de

recepción: \_\_\_\_\_

Reclamo n.º: \_\_\_\_\_

<b>Nombre del demandante:</b>				<b>Fecha de nacimiento:</b>			
<b>Dirección del demandante:</b>							
<b>Ciudad, estado, código postal:</b>							
<b>Teléfono principal:</b>			<b>Correo electrónico principal:</b>				
<b>Demografía del demandante</b>							
<b>Género</b>							
Femenino		No binario/tercer género		Prefiere autodescribirse:			
Masculino		Transgénero masculino		Transgénero femenino		Prefiero no contestar	
<b>Raza</b>							
Raza blanca		Raza Negra /afroamericana		Indio norteamericano /Nativo de Alaska		Otra opción/ No mencionada:	
Raza asiática		Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico		Prefiero no contestar			
<b>Etnia</b>							
Hispano/Latino				No hispano/latino			
<b>Discapacidad</b>							
¿Usted tiene una discapacidad?		Sí No		¿Su discapacidad está relacionada con el incidente?		Sí No	
Si la respuesta es afirmativa, indique aquí la discapacidad:							
<b>Nota: La CPOC tiene jurisdicción solamente sobre el Departamento de Policía de Filadelfia. Los reclamos que involucren a otros departamentos de policía se enviarán a la agencia adecuada.</b>							
¿El incidente implicó a un oficial de policía de Filadelfia?				Sí		No	
<b>Información relacionada con el oficial de policía</b>							
<b>Placa n.º</b>		<b>Nombre</b>		<b>Raza/Género</b>		<b>Rasgos para la identificación (p. ej., cabello, altura, etc.)</b>	
Fecha y hora del incidente:							
Ubicación del incidente:							
¿Se produjeron lesiones?		Sí No		Si la respuesta es afirmativa, describa:			
¿Se proporcionó tratamiento médico para las lesiones?		Sí No		Si la respuesta es afirmativa, describa:			
¿Se tomaron fotografías?		Sí No		Si la respuesta es afirmativa, ¿quién las tomó?			



# FORMULARIO DE RECLAMO Fecha de

recepción: \_\_\_\_\_

Reclamo n.º: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del demandante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

## ¿Cómo se enteró de la Comisión Ciudadana de Supervisión Policial de Filadelfia?

<input type="checkbox"/>	Internet:	<input type="checkbox"/>	Publicación:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Por referencia:	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>