

# БЛАНК СКАРГИ

Дата Отримано: \_\_\_\_\_

Скарга #: \_\_\_\_\_

Прізвище скаржника:				Дата народження:	
Адреса скаржника:					
Місто, штат, поштовий індекс:					
Основний телефон:			Основна електронна адреса:		
<b>Демографічні дані скаржника</b>					
<b>Стать</b>					
Жіноча	Небінарна/третя стать		Бажає самохарактеризуватись:		
Чоловіча	Трансгендерний чоловік		Трансгендерна жінка		Бажає не давати відповідь
<b>Раса</b>					
Біла	Чорношкіра/Афроамериканська		Американський індіанець/корінний житель Аляски		Інше/Не вказано:
Азійська	Уродженець Гавайських островів/Інших островів Тихого океану		Бажає не давати відповідь		
<b>Етнічна група</b>					
Іспанського або латино-американського походження			Не іспанського або латино-американського походження		
<b>Інвалідність</b>					
Чи маєте ви інвалідність?	Так	Ні	Чи пов'язана ваша інвалідність з інцидентом?	Так	Ні
Якщо так, будь ласка, вкажіть тут вид інвалідності:					
<b>Примітка: Комісію з Нагляду за Діяльністю Поліції (англійською CPOC) має юрисдикцію лише над Департаментом поліції Філадельфії. Скарги, що стосуються інших підрозділів поліції, будуть перенаправлені до відповідного відомства.</b>					
Чи був в інциденті задіяний співробітник поліції Філадельфії?			Так		Ні
<b>Інформація про задіяного співробітника поліції</b>					
<b>Бейдж №</b>	<b>Прізвище</b>	<b>Раса/Стать</b>	<b>Розпізнавальні особливості (наприклад, волосся, зріст тощо)</b>		
Дата і час інциденту:					
Місце інциденту:					
Чи були отримані тілесні ушкодження?	Так	Ні	Якщо так, будь ласка, опишіть:		



# БЛАНК СКАРГИ

Дата Отримано: \_\_\_\_\_

Скарга #: \_\_\_\_\_

Цим засвідчую, що, наскільки мені відомо, твердження, викладені у цій скарзі, відповідають дійсності.

\_\_\_\_\_

*Підпис скаржника*

\_\_\_\_\_

*Дата*

## Звідки ви дізналися про Комісію з Нагляду за Діяльністю Поліції Філадельфії?

	Інтернет:			Публікація:	
	За рекомендацією:			Інше:	