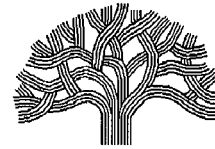




**Ciudad de Oakland
Formulario de Queja**



Internal Affairs Division
250 Frank H. Ogawa Plaza, Suite C
Oakland, CA 94612
Tel # (510) 238-3161 * TDD (510) 777-3333
Fax # (510) 238-3014

Citizens' Police Review Board
250 Frank H. Ogawa Plaza, Suite 6302
Oakland, CA 94612
Tel # (510) 238-3159 * TDD (510) 238-2007
Fax # (510) 238-7084
<http://www.oaklandnet.com/cprb.html>

Estimado constituyente:

Si desea presentar una queja usando el formulario de queja, por favor:

1. Complete el Formulario de Queja y asegúrese que:
 - Incluya la fecha, hora y lugar de lo ocurrido.
 - Provea la identificación del oficial u oficiales o empleado(s).
 - Provea descripciones detalladas específicas de lo que ocurrió.
 - Liste los nombres, direcciones y teléfonos de los testigos.
 - Firme el formulario y no olvide la escribir la fecha.
2. Si desea que su queja sea considerada solo por la División de Asuntos Internos (Internal Affairs Division, IAD), envíe por correo, fax una copia de su queja a IAD a la dirección mencionada.
3. Si desea que su queja sea considerada por el Comisión Ciudadana de Vigilancia de la Policía (Citizens' Police Review Board, CPRB) usted debe enviar por correo o fax una copia de su queja o presentarla en la dirección mencionada.
5. Doble o engrape el formulario completo, póngale timbres postales en la esquina superior de la derecha y envíela por correo. Si tiene preguntas sobre el Formulario de Queja, llame a cualquiera de las siguientes oficinas:

Internal Affairs Division
(División de Asuntos Internos)
(510) 238-3161

o Citizens' Police Review Board
(Comisión Ciudadana de Vigilancia de la Policía)
(510) 238-3159



**Ciudad de Oakland y
Departamento de Policía de Oakland**

Formulario para Presentar Quejas

TF-3039b (2/06)

No. de Incidente CAD:	No. de Caso:	Fecha en que se Selló
------------------------------	---------------------	------------------------------

APELLIDO, Nombre e Inicial del 2º nombre del demandante <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Norteamericano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Originario de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____			Fecha de nacimiento
	Dirección Ciudad <input type="checkbox"/> Oakland Código Postal	Teléfono en el hogar ()	Teléfono en el trabajo ()	
Persona/Supervisor que recibe la queja (otra que no pertenezca a IAD o CPRB)	Nº de serie	Unidad de Asignación Regular	Fecha	Hora

Llene esta sección si el Demandante es menor de edad o si lo está ayudando otra persona

APELLIDO, Nombre e Inicial del 2º nombre	Parentesco con el Demandante
Dirección Ciudad <input type="checkbox"/> Oakland Código postal	Teléfono en el hogar () Teléfono en el trabajo ()

Lugar donde ocurrieron los hechos	Día	Fecha	Hora <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
--	------------	--------------	--

Identidad del personal involucrado

No. de Placa	<input type="checkbox"/> Nombre / No. de Vehículo, etc. <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Guardabosque <input type="checkbox"/> Agente de la correccional <input type="checkbox"/> Persona Civil	Sexo	Raza

Breve descripción con sus propias palabras. (Si necesita más espacio, use una hoja adicional. Si tiene alguna pregunta, llame a la División de Asuntos Internos al 510-238-3161 o a la Comisión Ciudadana de Vigilancia de la Policía al 510 238-3159.)

¿Tuvo lesiones? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Describa)	¿Qué desea obtener como resultado de esta queja?
---	---

Nombre del Testigo (APELLIDO, Nombre, 2º Nombre)	Dirección	Ciudad/Código Postal	Teléfono (Incluya el Código de Área)

He leído y comprendo esta declaración, la cual he hecho por mi propia voluntad, y la Información contenida en la misma es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.

Firma del Demandante X _____ Fecha _____

Para uso oficial exclusivamente

Marque todas las categorías correspondientes:		
<input type="checkbox"/> Fuerza	<input type="checkbox"/> Conducta	<input type="checkbox"/> Falsedad
<input type="checkbox"/> Trámite:	<input type="checkbox"/> Parcialidad/Discriminación	
Otro _____		

Queja recibida por <input type="checkbox"/> Visita Personal <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax	Fecha en que fue recibida
Oficial/Personal que la recibió.	<input type="checkbox"/> IAD <input type="checkbox"/> CPRB

Enviar copia del permiso y de la solicitud a: IAD

Demandante (cuando sea necesario)

Oficina Involucrada/ Empleado a través de la cadena de mando