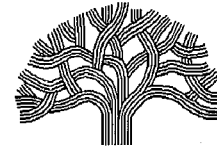




屋崙(奧克蘭)市 市民投訴表格



內部調查組 (IAD)
250 Frank H. Ogawa Plaza, Suite C
Oakland, CA 94612
Tel # (510) 238-3161 * TDD (510) 777-3333
Fax # (510) 238-3014

市民警政審查委員會 (CPRB)
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>

親愛的市民：

如果你想使用市民投訴表格作出投訴，請注意以下事項：

1. 仔細填妥投訴表格並包括以下細節：
 - 提供事發日期，時間，及地點
 - 提供有關警員，或職員的身份資料
 - 提供事發的經過，及詳細的描述
 - 提供證人名稱，地址，及電話
 - 簽署表格及填寫日期
2. 如果你希望警察局內部調查組 (Internal Affairs Division) 審理此投訴個案，請郵寄，或傳真投訴表格至以上列出的內部調查組 (IAD) 地址。
3. 如果你希望市民警政審查委員會 (Citizens' Police Review Board) 審理此投訴個案，請郵寄，或傳真投訴表格至以上列出的市民警政審查委員會 (CPRB) 地址，或親自到市民警政審查委員會遞交投訴表格。
4. 把已填妥的表格接疊，用膠紙或釘書機封口，於右上角貼上郵票及寄出。關於市民投訴表格詳情，可致電以下電話：

內部調查組
Internal Affairs Division
(510) 238-3161

或

市民警政審查委員會
Citizens' Police Review Board
(510) 238-3159



投訴表格
TF-3039b (2/06)

CAD 案件編號		個案編號	正式日期蓋章	
投訴者姓氏、名字、中間名 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		種族： <input type="checkbox"/> 西班牙裔人 <input type="checkbox"/> 亞裔 <input type="checkbox"/> 黑人		<input type="checkbox"/> 美國原住民 <input type="checkbox"/> 太平洋群島族裔 <input type="checkbox"/> 其它
地址 城市 <input type="checkbox"/> 屋崙 (奧克蘭)		郵遞區號	住家電話號碼 ()	公司電話號碼 ()
接獲投訴案件的人員/主管 (除了 IAD 或 CPRB)		編號	正常工作單位	日期 時間

若投訴者為未成年人或由其他人協助，請填寫這部份的資料。

姓氏、名字、中間名		與投訴者的關係		
地址 城市 <input type="checkbox"/> 屋崙 (奧克蘭)		郵遞區號	住家電話號碼 ()	公司電話號碼 ()
事發地點		星期幾	日期	時間 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午

相關人士的身份

徽章號碼	<input type="checkbox"/> 姓名 / 車輛號碼等	<input type="checkbox"/> 警員	<input type="checkbox"/> 巡警員	<input type="checkbox"/> 市民	性別	種族

用上述方法簡單說明事情原委。若你需要更多填寫空間，請另附紙張填寫。若有任何問題，請致電 510 238-3161 與內政事務科聯絡，或致電 510 238-3159 與市民的警政審查委員會聯絡。

你是否受傷？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (請說明)		你希望這項投訴有什麼結果？	

證人姓名 (姓氏、名字、中間名)	地址 城市 / 郵遞區號	電話號碼 (包括區域號碼)

本人已閱讀並了解這份出於我本人意願所做出的聲明，就本人所知範圍，其所含內容皆為真實且正確。

投訴者簽名 X _____ 日期 _____

供職員填寫：

請勾選所有適用的項目： <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 程序 其他	<input type="checkbox"/> 行為 <input type="checkbox"/> 偏見/歧視	<input type="checkbox"/> 不誠實	投訴案件收件人 <input type="checkbox"/> 親自 受案職員/人員	受理日期 <input type="checkbox"/> 郵寄 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> IAD <input type="checkbox"/> CPRB
---	---	------------------------------	---	---