



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

**Formulario para Presentar Quejas**

TF-3039b (2/06)

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

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

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

<b>Lugar donde ocurrieron los hechos</b>			<b>Día</b>	<b>Fecha</b>	<b>Hora</b> <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:

Fuerza     Conducta     Falsedad

Trámite:     Parcialidad/Discriminación

Otro \_\_\_\_\_

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