



**POLICE DEPARTMENT, COUNTY OF SUFFOLK, N.Y.**  
**ACCREDITED LAW ENFORCEMENT AGENCY**  
**ZGŁOSZENIE POCHWAŁY/SKARGI**

PDCS-1300-1d

<b>INTERNAL AFFAIRS BUREAU USE ONLY</b> <b>WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU BIURA SPRAW WEWNĘTRZNYCH</b>
Otrzymano: _____
IAB #: _____

Wydział Policji w hrabstwie Suffolk zobowiązuje się świadczyć usługi policyjne najwyższej jakości na rzecz każdego członka społeczności. Państwa opinie są dla nas ważne. Jeśli chcą Państwo wyrazić pochwałę lub złożyć skargę dotyczącą pracownika Wydziału Policji w hrabstwie Suffolk, prosimy postępować zgodnie z **JEDNĄ** z poniższych procedur:

- Prosimy wypełnić niniejszy formularz i złożyć go bezpośrednio do komisariatu Wydziału Policji w hrabstwie Suffolk lub do Komendy Policji bądź wysłać go faksem pod numer **(631) 852-6259**.
- Prosimy przesłać go na adres: **Suffolk County Police Headquarters, Internal Affairs Bureau (IAB), 30 Yaphank Avenue, Yaphank, NY 11980**.
- Skontaktować się telefonicznie z Biurem Spraw Wewnętrznych pod numerem **631-852-6265** lub wybierając bezpłatny numer **1-888-382-1798** (dostępna usługa tłumaczeniowa w języku hiszpańskim).
- Wysłać e-mail do Biura Spraw Wewnętrznych na adres: **SCPD.INTERNALAFFAIRS@suffolkcountyny.gov**.
- Skontaktować się telefonicznie z **Komisją Praw Człowieka Suffolk County (Suffolk County Human Rights Commission)** pod numerem **631-853-5480**.

Zaznacz właściwą kategorię:  Pochwała  Skarga

Nr CC (jeśli dotyczy) \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: nazwisko, pierwsze imię, inicjał drugiego imienia		Data urodzenia	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Adres		Nr telefonu domowego	
Adres e-mail	Nr telefonu komórkowego	Nr telefonu służbowego	<input type="checkbox"/> Zgoda na kontakt
Osoba towarzysząca (tłumacz, przedstawiciel)		Relacja	Nr telefonu kontaktowego
Jeśli dotyczy: Imię i nazwisko świadka: nazwisko, pierwsze imię, inicjał drugiego imienia		Nr telefonu domowego	
Adres		Nr telefonu komórkowego	

**ZDARZENIE**

Data zdarzenia	Godzina zdarzenia	Miejsce zdarzenia
----------------	-------------------	-------------------

**INFORMACJE DOTYCZĄCE PRACOWNIKA (jeśli są znane)**

Stopień/stanowisko	Jednostka policji	Odnazka	Imię i nazwisko		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
<input type="checkbox"/> Bez munduru	<input type="checkbox"/> W mundurze	<input type="checkbox"/> Pieszo	<input type="checkbox"/> W radiowozie	<input type="checkbox"/> Radiowóz oznakowany	<input type="checkbox"/> Nieoznakowany
Nr radiowozu patrolowego:				Nr tablicy rejestracyjnej:	
Opis cech fizycznych pracownika (kolor oczu, kolor włosów, przybliżony wzrost i budowa ciała, wiek itp.)					

**OPIS ZDARZENIA (prosimy podać jak najwięcej szczegółów)**

---

Czy chcą Państwo, aby pracownik nadzorujący w Wydziale Policji skontaktował się z Państwem w sprawie Państwa uwag?  Tak  Nie

Data: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_