



DEPARTAMENTO DE POLICÍA, CONDADO DE SUFFOLK, NUEVA YORK
OFICINA POLICIAL AUTORIZADA
INFORME DE AGRADECIMIENTO/RECLAMO
 (Compliment/Complaint Information Report)

PDCS-1300-1b-SP

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA DE ASUNTOS INTERNOS

Recibido: _____

N.º de IAR: _____

El Departamento de Policía del Condado de Suffolk se compromete a proporcionar servicios policiales de la mejor calidad a cada miembro de la comunidad y su opinión es importante para nosotros. Si usted tiene algún agradecimiento o reclamo en relación con un empleado del SCPD, opte por alguna de las siguientes opciones:

- Complete este formulario y envíelo directamente a algún distrito del SCPD o a las Oficinas Centrales de la Policía, o por fax al (631) 852-6259
- Envíelo por correo a: *Oficinas Centrales de la Policía del Condado de Suffolk, Oficina de Asuntos Internos (IAB), 30 Yaphank Avenue, Yaphank, NY 11980*
- Comuníquese con la Oficina de Asuntos Internos por teléfono al 631-775-2077 (Un operador estará disponible en español), o gratis llamando al 1-888-382-1798, o comuníquese con la Comisión de Derechos Humanos al 631-853-5480.
- Envíe un correo electrónico a Asuntos Internos a: **SCPD.INTERNALAFFAIRS@suffolkcountyny.gov**

O: Si prefiere, puede completar una encuesta simple de satisfacción del ciudadano. Ingrese en www.suffolkpd.org y haga clic en "Información en Español" y a continuación en "Encuesta de satisfacción de los ciudadanos"

Seleccione la categoría correcta: Agradecimiento Reclamo RC N.º (si corresponde) _____

Nombre: Apellido, nombre, inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección		Teléfono de la casa	
Dirección de correo electrónico	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Permiso para llamar
Persona que asiste (intérprete, representante)	Relación	N.º telefónico del contacto	
Si corresponde: Nombre del testigo: Apellido, nombre, inicial del segundo nombre		Teléfono de la casa	
Dirección		Teléfono celular:	

INCIDENTE

Fecha del incidente	Hora del incidente	Lugar del incidente
---------------------	--------------------	---------------------

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Rango/Título	División	Placa	Nombre	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Vestimenta de civil <input type="checkbox"/> Uniforme	<input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> En auto	<input type="checkbox"/> Credencial marcada <input type="checkbox"/> Sin marcar	N.º de patrullero:	N.º de la placa:
Descripción física de los empleados (color de ojos, color de cabello, contextura y alturas aproximadas, edad, etc.)				

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE (incluya toda la información que sea posible)

.....
 ¿Le gustaría que un supervisor del Departamento de Policía se comunicara con usted por sus comentarios? Sí No

Fecha: _____

Firma: _____