



DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO CONDADO DE SUFFOLK, NOVA YORK
ÓRGÃO POLICIAL CERTIFICADO
RELATÓRIO DE INFORMAÇÕES DE QUEIXAS E/ELOGIOS

PDCS-1300-1a

PARA USO EXCLUSIVO DO GABINETE DE ASSUNTOS INTERNOS (INTERNAL AFFAIRS BUREAU)

Recebido: _____
 No. do IAB: _____

O Departamento de Polícia do Suffolk County (Suffolk County Police Department) está empenhado em oferecer serviços policiais da mais alta qualidade para cada membro da comunidade, e a sua opinião é importante para nós. Se você tiver uma queixa ou um elogio referente a um funcionário da SCPD, faça o seguinte:

- Preencha e envie este formulário diretamente para qualquer delegacia do SCPD, ou para a Central da Polícia ou mande por fax para **(631) 852-6259**
- Envie pelo correio para: **Suffolk County Police Headquarters, Internal Affairs Bureau (IAB), 30 Yaphank Avenue, Yaphank, NY 11980**
- Ligue para o Gabinete de Assuntos Internos (Internal Affairs Bureau) no telefone 631-852-6265, no telefone gratuito 1-888-382-1798, ou ligue para a Comissão de Direitos Humanos (Human Rights Commission) no telefone 631-853-5480.
- Envie e-mail para o Gabinete de Assuntos Internos através do: **SCPD.INTERNALAFFAIRS@suffolkcountyny.gov**

Ou: Se você preferir, pode responder a uma simples pesquisa de satisfação do cidadão, visitando o nosso site **www.suffolkpd.org** e clicando no ícone da homepage "Citizen Satisfaction Survey".

Marque a categoria adequada: Elogio Queixa **CC #** (se aplicável) _____

Nome: Sobrenome, Nome, IM		Data de Nascimento	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Endereço		Telefone Residencial	
E-mail	Celular:	Telefone Comercial <input type="checkbox"/> Permissão para contatar	

Pessoa auxiliando (Intérprete, Representante)	Relacionamento	No. de Telefone para Contato
---	----------------	------------------------------

Se aplicável: Nome da Testemunha, Sobrenome, Nome, I.M.	Telefone Residencial
Endereço	Celular:

INCIDENTE

Data do Incidente	Hora do Incidente:	Local do Incidente:
-------------------	--------------------	---------------------

INFORMAÇÃO DO FUNCIONÁRIO (se souber)

Posição/Cargo	Comando	Brasão	Nome	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Roupas comuns <input type="checkbox"/> Uniforme <input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> De carro <input type="checkbox"/> Carro Marcado <input type="checkbox"/> Carro não Marcado	Carro Policial No.:	No. da Placa do Carro:		
Descrição física do funcionário (cor dos olhos, cor do cabelo, altura, complexão e altura e idade aproximadas, etc.)				

DESCRIÇÃO DO INCIDENTE (incluir o maior número possível de detalhes)

.....

Você gostaria que um supervisor do Departamento de Polícia entrasse em contato com você para falar sobre os seus comentários? SIM NÃO

Data: _____

Assinatura: _____