



**WYDZIAŁ POLICJI, HRABSTWO SUFFOLK, STAN NOWY YORK
(POLICE DEPARTMENT, COUNTY OF SUFFOLK, N.Y.)**

OFICJALNA AGENCJA EGZEKOWANIA PRAWA

ZGŁOSZENIE POCHWAŁY/SKARGI

PDCS-1300-1a

**WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU BIURA SPRAW
WEWNĘTRZNYCH**

Data wpłynięcia: _____

Nr 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**.
- Prosimy zadzwonić do Biura Spraw Wewnętrznych (Internal Affairs Bureau): **631-852-6265** lub na bezpłatną linię informacyjną: **1-888-382-1798**, bądź do Komisji Praw Człowieka (Human Rights Commission): **631-853-5480**.
- Prosimy wysłać e-mail do Biura Spraw Wewnętrznych: **SCPD.INTERNALAFFAIRS@suffolkcountyny.gov**.

Lub: Mogą Państwo także zamiast tego wypełnić prostą ankietę dotyczącą zadowolenia obywatela na stronie **www.suffolkpd.org**, klikając ikonę „Citizen Satisfaction Survey” na stronie głównej.

Zaznacz właściwą kategorię: **Pochwała** **Skarga** **Nr CC** (jeśli dotyczy) _____

Imię i nazwisko: nazwisko, pierwsze imię, drugie imię (inicjał)		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)		Związek	Nr telefonu kontaktowego
Jeśli dotyczy: Imię i nazwisko świadka: nazwisko, pierwsze imię, DRUGIE IMIĘ (INICJAŁ)		Nr telefonu domowego	
Adres		Nr telefonu komórkowego	

ZDARZENIE

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

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRACOWNIKA (jeśli są znane)

Stopień/stanowisko	Jednostka policji	Odnakna	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: _____