



POLICE DEPARTMENT, COUNTY OF SUFFOLK, N.Y.
ACCREDITED LAW ENFORCEMENT AGENCY
COMPLIMENT/COMPLAINT INFORMATION REPORT

PDCS-1300-1d

INTERNAL AFFAIRS BUREAU USE ONLY	
Received:	_____
IAB #:	_____

The Suffolk County Police Department is committed to providing the highest quality police services to each and every member of the community and your input is important to us. If you have a compliment or a complaint concerning an SCPD employee, please do **ONE** of the following:

- Complete this form and submit it directly to any SCPD precinct, or to Police Headquarters, or fax it to **(631) 852-6259**.
- Mail it to: **Suffolk County Police Headquarters, Internal Affairs Bureau (IAB), 30 Yaphank Avenue, Yaphank, NY 11980.**
- Telephone the Internal Affairs Bureau at **631-852-6265**, or free of charge by dialing **1-888-382-1798** (Spanish interpretation is available).
- E-mail Internal Affairs at: **SCPD.INTERNALAFFAIRS@suffolkcountyny.gov.**
- Telephone the **Suffolk County Human Rights Commission** at **631-853-5480**.

Check the appropriate category: Compliment Complaint

CC # (if applicable) _____

Name: Last, First, M.I.		Date of Birth	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Address		Home Phone	
E-Mail Address	Cell Phone	Work Phone	<input type="checkbox"/> Permission to contact
Person Assisting (Interpreter, Representative)		Relationship	Contact Phone #
If Applicable: Witness Name: Last, First, M.I.		Home Phone	
Address		Cell Phone	

INCIDENT

Date of Incident	Time of Incident	Location of Incident
------------------	------------------	----------------------

EMPLOYEE INFORMATION (if known)

Rank/Title	Command	Shield	Name	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Plainclothes	<input type="checkbox"/> Uniform	<input type="checkbox"/> On Foot	<input type="checkbox"/> In Car	<input type="checkbox"/> Marked Car <input type="checkbox"/> Unmarked Patrol Car #: _____ License Plate #: _____
Physical Description of Employee (eye color, hair color, approximate height and build, age, etc.)				

DESCRIPTION OF INCIDENT (please include as much detail as possible)

.....

Would you like a Police Department supervisor to contact you with regard to your comments? Yes No

Date: _____

Signature: _____

**DEPARTAMENTO DE POLICÍA, CONDADO DE SUFFOLK, NUEVA YORK**

OFICINA POLICIAL AUTORIZADA

INFORME DE AGRADECIMIENTO/RECLAMO

(Compliment/Complaint Information Report)

PDCS-1300-1d-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.
- Envíe un correo electrónico a Asuntos Internos a: **SCPD.INTERNALAFFAIRS@suffolkcountyny.gov.**
- Comuníquese con la **Comisión de Derechos Humanos al 631-853-5480.**

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, textura 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: _____