NÚMERO DE FORMULARIO *(FORM NUMBER)*

FORMULARIO DE LA POLICÍA DE MINNEAPOLIS PARA INFORMAR SOBRE UN INCIDENTE DE CONDUCTA

(MINNEAPOLIS POLICE CONDUCT INCIDENT REPORT FORM)

Use este formulario para presentar una queja contra un oficial del Departamento de Policía de Minneapolis. El completar este formulario es el primer paso en el proceso. Use bolígrafo y escriba firmemente. Hay tres copias, la copia rosada (última) es suya para que la guarde. Las otras dos copias deben ser enviadas a **Minneapolis Police Department Internal Affairs Unit Room 126, 350 S. 5th Street Minneapolis, MN 55415** (por favor use el sobre que se acompaña). Ud. será contactado **dentro de cinco días hábiles** después de que un investigador de Internal Affairs (Asuntos internos) haya recibido el formulario. La Internal Affairs Unit (Unidad de Asuntos internos) investigará su queja a menos que Ud. indique que prefiere que el **Civilian Review Authority (Autoridad de consulta ciudadana)** realice la investigación. Por favor, marque la casilla encima de su firma a este propósito. Si Ud. marca la casilla de la Civilian Review Authority, la Internal Affairs Unit remitirá esta queja a la Civilian Review Authority. Si Ud. tiene preguntas sobre este proceso, por favor llame a la Internal Affairs Unit al (612) 673-3074.

NOMBRE (APELLIDO, PRIMER Y SEGUNDO) *(NAME(LAST, FIRST, MIDDLE))*	**FECHA DE NACIMIENTO** *(DATE OF BIRTH)*

DOMICILIO (CALLE, CIUDAD, CÓDIGO POSTAL) *(HOME ADDRESS (STREET, CITY, STATE, ZIP)*

NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA *(HOME PHONE)*	**NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO** *(WORK PHONE)*	**NÚMERO TELEFÓNICO DEL CELULAR** *(CELL PHONE)*	**NÚMERO TELEFÓNICO DEL BUSCA** *(PAGER)*

NÚMERO DE CASO DEL INCIDENTE (SI SE SABE) *(INCIDENT CASE NUMBER (IF KNOWN))*	**FECHA/HORA DEL INCIDENTE** *(INCIDENT DATE/TIME)*

LUGAR DEL INCIDENTE (FAVOR DE SER TAN ESPECÍFICO COMO SEA POSIBLE) *(INCIDENT LOCATION (PLEASE BE AS SPECIFIC AS POSSIBLE))*

NÚMERO DE PLACA DEL (DE LOS) OFICIAL(ES) *(OFFICER BADGE NUMBER(S))*	**NOMBRE(S) DEL (DE LOS) OFICIAL(ES)** *(OFFICER NAME(S))*	**NUMERO DEL ESCUADRON** *(SQAD NUMBER)*

NOMBRE DEL (DE LOS) TESTIGO(S) *(WITNESS NAME(S))*	**DOMICILIO** *(ADDRESS)*	**NÚMERO DE TELÉFONO** *(PHONE NUMBER)*

NARRATIVA – POR FAVOR, DESCRIBA EL INCIDENTE EN DETALLE *(NARRATIVE - PLEASE DESCRIBE THE INCIDENT IN DETAIL)*

REMITIDO A *(REFERRED TO)*

☐ Unidad de Asuntos Internos del MPD *(MPD Internal Affairs Unit)* ☐ Autoridad de consulta ciudadana *(Civilian Review Authority)*

* Nota: Ud. puede solicitar que su queja la investigue Asuntos internos o Consulta ciudadana, **no ambos**..

FIRMA DE LA PERSONA PRESENTANDO LA QUEJA *(COMPLAINANT SIGNATURE)*	**FECHA/HORA** *(DATE/TIME)*
RECIBIDO POR *(RECEIVED BY)*	**FECHA/HORA** *(DATE/TIME)*

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN UN FORMATO ALTERNATIVO. *(THIS FORM IS AVAILABLE IN ALTERNATIVE FORMAT)*
Por favor, póngase en contacto con Roberta Hawkins, personal del ADA, Departamento de Recursos humanos 612- 673-2694. Las personas sordas o con problemas auditivos pueden llamar al 612/ 673-2626 TTY para recibir más información o para hacer una cita con un intérprete de lenguaje de signos certificado para que le ayude a rellenar este formulario.