

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR CONDUCTA POLICIAL

CIUDAD DE MINNEAPOLIS
 OFICINA DE REVISIÓN DE CONDUCTA POLICIAL
 350 S. 5TH ST. ROOM 239, MINNEAPOLIS, MN 55415
 612-673-5500

De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.

Completar este formulario es el primer paso del proceso de reclamación. Este formulario debe contener datos completos y precisos, y se pueden adjuntar hojas adicionales si es necesario. Firme y escriba la fecha al pie de la página y envíe el formulario a la dirección que figura en la parte superior de este. Para obtener más información, visite www.minneapolismn.gov/civilrights/policerreview.

Información del denunciante.			
Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Fecha de nacimiento	Teléfono
Dirección residencial		Ciudad/Estado	Código postal
			Correo electrónico
Indique su(s) raza(s):			
<input type="checkbox"/> Asiático/a	<input type="checkbox"/> Africano/a	<input type="checkbox"/> Blanco/a	<input type="checkbox"/> Latino/a
<input type="checkbox"/> De las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro/a	<input type="checkbox"/> Nativo/a estadounidense	<input type="checkbox"/> De Oriente Medio
			<input type="checkbox"/> Otra: _____
			<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Su género:			
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> No binario/género disconforme	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
			<input type="checkbox"/> Otra: _____
ALEGO LO SIGUIENTE:			
<input type="checkbox"/> Exceso de fuerza	<input type="checkbox"/> Actitud o lenguaje inapropiados	<input type="checkbox"/> Discriminación	<input type="checkbox"/> Robo
<input type="checkbox"/> Acoso	<input type="checkbox"/> Omisión de protección	<input type="checkbox"/> Represalia	<input type="checkbox"/> Otra
Información de los testigos			
Nombre(s) del testigo	Correo electrónico del testigo		Número de teléfono del testigo
Dirección del testigo			
Información sobre el incidente			
Número(s) de la placa del/la oficial	Nombre(s) del/la oficial	Número de brigada	
Número de caso de la tarjeta azul	Lugar del incidente/Dirección	Fecha y hora del incidente	
Descripción de los hechos del incidente – (Obligatoria) Por favor describa los hechos del incidente con el mayor detalle posible; use la página posterior si es necesario. Cualquier información que usted proporcione es útil (por ejemplo, ¿quién?, ¿qué?, ¿dónde?, ¿cuándo? y ¿por qué?).			
Tenga en cuenta que la ley de Minnesota (Estatutos de Minnesota § 609.505) considera un delito penal presentar un informe de mala conducta policial que contenga información falsa o difamatoria a sabiendas.			
Firma de quien presenta la reclamación			Fecha y hora

Este formulario está disponible en formato alternativo: comuníquese con el personal de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) del departamento de Recursos Humanos llamando al 612-673-2694. Las personas sordas o con dificultades auditivas pueden llamar al teléfono de texto (Text Telephone, TTY) al 612-673-2626 para obtener más información o para programar una cita con un intérprete de lenguaje de señas certificado que brindará ayuda para completar este formulario.

Numero de Caso:

Revised 10/2023

