



# SAN BERNARDINO COUNTY SHERIFF'S DEPARTMENT

## DENUNCIA PÚBLICA

P#	FECHA
----	-------

TIENE USTED EL DERECHO DE PRESENTAR UNA QUEJA CONTRA UN AGENTE DE POLICÍA POR CUALQUIER CONDUCTA INAPROPIADA. LA LEY DE CALIFORNIA REQUIERE QUE ESTA AGENCIA TENGA UN PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGAR LAS QUEJAS DE LOS RESIDENTES. USTED TIENE DERECHO A UNA DESCRIPCIÓN ESCRITA DE ESTE PROCEDIMIENTO. DESPUÉS DE LA INVESTIGACIÓN, ESTA AGENCIA PUEDE DESCUBRIR QUE NO HAY PRUEBAS SUFICIENTES PARA JUSTIFICAR LA ACCIÓN DE SU QUEJA; INCLUSO SI ESE ES EL CASO, USTED TIENE DERECHO A PRESENTAR UNA QUEJA Y HACER QUE SE INVESTIGUE SI CREE QUE UN OFICIAL SE COMPORTÓ DE MANERA INCORRECTA. LAS QUEJAS CIVILES DEBEN SER CONSERVADAS POR ESTA AGENCIA DURANTE AL MENOS CINCO AÑOS.

ES CONTRA LA LEY PRESENTAR UNA QUEJA QUE USTED SABE QUE ES FALSA. SI PRESENTA UNA QUEJA CONTRA UN OFICIAL SABRIENDO QUE ES FALSA, PUEDE SER PROCESADO POR UN CRIMEN MENOR.

HE LEÍDO Y ENTENDIDO LA DECLARACIÓN.

\_\_\_\_\_

FIRMA DE SOLICITANTE

### DENUNCIANTE

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	TELEFONO	EDAD
DOMICILIO DE RESIDENCIA (CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)		
DOMICILIO DEL NEGOCIO (CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)		

### OTRAS PERSONAS INVOLUCRADAS

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	EDAD
DOMICILIO DE RESIDENCIA (CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)	
DOMICILIO DEL NEGOCIO (CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)	

DIA Y FECHA DEL INCIDENTE	TIEMPO DEL INCIDENTE	LUGAR DEL INCIDENTE
---------------------------	----------------------	---------------------

### TESTIGOS

NOMBRE	DOMICILIO	TELFONO

SI NO CONOCE A LOS TESTIGOS, INCLUYE LA DESCRIPCION

### NOMBRE O DESCRIPCION DE EMPLEADOS INVOLUCRADOS

NOMBRE	NUMERO DE PLACA	DESCRIPCION FISICA

### PERSONA(S) ARRESTADA

NOMBRE	DOMICILIO	TELEFONO

### DISCRIMINACION RACIAL O PERSONAL PC 13519.4(e)

¿Cree que fue detenido, buscado, o retenido por la policía, por cuestiones de su raza o etnicidad (incluyendo el color), el origen nacional, sexo, orientación sexual, discapacidad mental, o discapacidad física?  Si  No

¿En caso de que si, qué tipo de discriminación racial o personal alega? (marque todo lo que aplica.)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Raza o etnicidad (incluyendo el color) | <input type="checkbox"/> Edad                | <input type="checkbox"/> Orientación sexual  |
| <input type="checkbox"/> Origen Nacional                        | <input type="checkbox"/> Religión            | <input type="checkbox"/> Discapacidad mental |
| <input type="checkbox"/> Sexo                                   | <input type="checkbox"/> Expresión de género | <input type="checkbox"/> Discapacidad física |



SAN BERNARDINO COUNTY SHERIFF'S DEPARTMENT

DENUNCIA PÚBLICA

P#

FECHA

DESCRIPCION DE SU QUEJA (CONTINUADO)

Large empty table area for describing the complaint.

SIGNATURE OF REPORTING PERSON

SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN (IF COMPLAINANT IS UNDER 18 YEARS)

DATE RECEIVED

PERSON RECEIVING COMPLAINT

EMPLOYEE ID NO.

BUSINESS TELEPHONE NO.