

屋崙(奧克蘭)市政府
投訴表格 TF-3039b (5/05)

供職員填寫：

正式日期蓋章

臨時追蹤編號

IAD 個案編號

投訴者姓氏、名字、中間名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	種族： <input type="checkbox"/> 亞裔 <input type="checkbox"/> 黑人	<input type="checkbox"/> 西班牙裔人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 中東人	<input type="checkbox"/> 美國原住民 <input type="checkbox"/> 太平洋群島族裔 <input type="checkbox"/> 其它 _____	出生日期
地址		城市 <input type="checkbox"/> 屋崙(奧克蘭)	郵遞區號	住家電話號碼()	公司電話號碼()	
接獲投訴案件的人員/主管 (IAD 以外)			編號	正常工作單位	日期	時間

若投訴者為未成年人或由律師協助，請填妥這部份資料。

姓氏、名字、中間名	與投訴者的關係
地址	住家電話號碼() 公司電話號碼()

事發地點	星期幾	日期	時間 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午
------	-----	----	--

相關人士的身份

徽章號碼	<input type="checkbox"/> 姓名 / 車輛號碼等	<input type="checkbox"/> 職員	<input type="checkbox"/> 巡警員	<input type="checkbox"/> 懲戒職員	<input type="checkbox"/> 市民	性別	種族

用自述方法簡單說明事情原委。若你需要更多填寫空間，請另附紙張填寫。若有任何問題，請致電 510 238-3161 與內政事務科聯絡，或致電 510 238-3159 與市民的警政審查委員會聯絡。

你是否受傷？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (請說明)	你希望這項投訴有什麼結果？
--	---------------

證人姓名(姓氏、名字、中間名)	地址	城市 / 郵遞區號	電話號碼(包括區域號碼)

本人已閱讀並了解這份出於我本人意願所做出的聲明，就本人所知範圍，其所含內容皆為真實且正確。

投訴者簽名 X _____ 日期 _____

供職員填寫：

請勾選所有適用的項目： <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 行爲 <input type="checkbox"/> 不誠實 <input type="checkbox"/> 程序 <input type="checkbox"/> 偏見/歧視 其他 _____	投訴案件收件人 <input type="checkbox"/> 親自 <input type="checkbox"/> 郵寄 <input type="checkbox"/> 傳真	受案職員/人員 <input type="checkbox"/> IAD <input type="checkbox"/> CPRB	受理日期
---	--	--	------

影本交給： IA (存檔影本)
投訴者 (若有)

受指控辦事處/員工的主管