

**Ciudad de Oakland**  
**Formulario para Presentar Quejas** TF-3039b  
 (5/05)

Para uso oficial exclusivamente

Fecha en que se Selló	
-----------------------	--

No. Temporal de Seguimiento:	No. de Caso de IAD:
------------------------------	---------------------

APELLIDO, Nombre e Inicial del 2º nombre del demandante <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Originario del Medio Oriente <input type="checkbox"/> Nativo Norteamericano <input type="checkbox"/> Originario de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro		Fecha de nacimiento
Dirección Ciudad <input type="checkbox"/> Oakland Código Postal		Teléfono en el hogar ( )		Teléfono en el trabajo ( )
Persona/Supervisor que recibe la queja (otra que no pertenezca a IAD)	Nº de serie	Unidad de Asignación Regular	Fecha	Hora

Llene esta porción si el Demandante es menor de edad o si cuenta con la asesoría de un Abogado

APELLIDO, Nombre e Inicial del 2º nombre		Parentesco con el Demandante	
Dirección Ciudad <input type="checkbox"/> Oakland Código postal		Teléfono en el hogar ( )	Teléfono en el trabajo ( )

Lugar donde ocurrieron los hechos	Día	Fecha	Hora <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
-----------------------------------	-----	-------	--

Identidad del personal involucrado

No. de Placa	<input type="checkbox"/> Nombre / No. de Vehículo, etc.	<input type="checkbox"/> Agente	<input type="checkbox"/> Guardabosque	<input type="checkbox"/> Agente de la correccional	<input type="checkbox"/> Persona Civil	Sexo	Raza

Breve descripción con sus propias palabras. (Si necesita más espacio, use una hoja adicional. Si tiene alguna pregunta, llame a la División de Asuntos Internos al 510-238-3161 o a la Comisión Ciudadana de Vigilancia de la Policía al 510 238-3159.)


¿Tuvo lesiones? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Describa)	¿Qué desea obtener como resultado de esta queja?
--	--

Nombre del Testigo (APELLIDO, Nombre, 2º Nombre)	Dirección Ciudad/Código Postal	Teléfono (Incluya el Código de Área)

He leído y comprendo esta declaración, la cual he hecho por mi propia voluntad, y la información contenida en la misma es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.

Firma del Demandante X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Para uso oficial exclusivamente

Marque todas las categorías correspondientes: <input type="checkbox"/> Fuerza <input type="checkbox"/> Conducta <input type="checkbox"/> Falsedad <input type="checkbox"/> Trámite: <input type="checkbox"/> Parcialidad/Discriminación Otro _____		
---	--	--

Queja recibida por <input type="checkbox"/> Visita Personal <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax	Fecha en que fue recibida
Oficial/Personal que la recibió.	<input type="checkbox"/> IAD <input type="checkbox"/> CPRB

Enviar copia del permiso y de la solicitud a:

IA(Copia de Archivo) Demandante (cuando sea necesario)

Oficina Involucrada/Supervisor del Empleado