

Fecha de hoy: _____ Fecha recibida por CRB: _____ Número de caso CRB: _____

CIUDAD DE SYRACUSE
Junta de Revisión Ciudadana

INFORME DE DENUNCIAS CIUDADANAS

SECCIÓN I: INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del denunciante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Sexo: _____ Raza: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Email: _____

Enumere los números de teléfono adicionales donde se le puede contactar durante el día:

SECCIÓN II: DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

Fecha del incidente: _____ Hora del incidente: _____ Lugar del incidente:

Explique en sus propias palabras lo que sucedió: (adjunte una explicación adicional si es necesario)

Cualquier otro comentario que desee hacer, por favor hágalo aquí:

Nombre (s) del (de los) oficial (es) involucrado (s) - DESCRIPCIÓN: (Número de placa, uniforme, número de automóvil, número de placa y / o descripción física):

Nombre e información de contacto de su abogado, si ha contratado a un abogado:

SECCIÓN III: PERFIL RACIAL

En su opinión, ¿el perfil racial (es decir, la raza utilizada como factor predominante en la decisión del oficial para iniciar el contacto con un individuo) desempeñó un papel en el incidente? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor.

¿Se usó algún insulto o epíteto racial, de género, étnico o de otro tipo durante el transcurso de este incidente?

Sí No

Si es así, identifique la naturaleza de los comentarios y las partes que los hicieron.

¿Le dieron una solicitud de comparecencia o lo arrestaron por un delito no violento para ser procesado en el Tribunal de Tratamiento Comunitario (Tribunal de Drogas)? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor.

¿Se presentaron cargos penales en su contra por este incidente? Sí No

Si es así, indique los cargos:

SECCION IV: LESION

¿Tiene una condición médica? [] Si [] No

En caso afirmativo, explíquelo por favor.

¿Fue lesionado durante el incidente? [] Si [] No

En caso afirmativo, explíquelo por favor.

¿Notificó a alguien de las lesiones? Si es así, ¿a quién?

Nombre del médico: _____ Nombre del hospital: _____

Dirección _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

¿Algo de su propiedad fue dañado? En caso afirmativo, describa el daño, las reparaciones realizadas y el costo.

SECCIÓN V: OTRA INFORMACIÓN

¿Te interesa la conciliación? [] Si [] No

Poner su caso a través de conciliación, requerirá tanto de su consentimiento como su acuerdo por parte del oficial o los oficiales en cuestión para participar en el proceso de conciliación. La conciliación es una alternativa al proceso de investigación y no daría lugar a la imposición de sanciones contra el oficial en cuestión. El propósito de la conciliación es llegar a una resolución que sea de mutuo acuerdo para las partes involucradas. La conciliación implicaría una discusión mediada entre usted y el (los) oficial (es) y se llevaría a cabo en coordinación con una agencia externa. Si el resultado del proceso de conciliación no es satisfactorio para ambas partes, el demandante puede reanudar el proceso de investigación de CRB. Un demandante puede solicitar la conciliación en cualquier momento hasta el comienzo de una audiencia.

¿Qué le gustaría que sucediera como resultado de esta denuncia?

Agencia de contacto inicial: _____

Persona que lo atendió: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre (s) del testigo	Dirección (s)	Número de teléfono
------------------------	---------------	--------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

He leído esta declaración [], me han leído esta declaración [] que he hecho por mi propia voluntad y los hechos que contiene son verdaderos y correctos, según mi conocimiento.

Firma del demandante

Las declaraciones falsas que se hacen en este documento son castigables como un delito menor de Clase A de conformidad con la Sección 210.45 de la Ley Penal del Estado de Nueva York.

Firma del demandante

“ENTIENDO QUE EL CRB ES REQUERIDO POR LA LEGISLACIÓN LOCAL A ENVIAR UNA COPIA DE MI DENUNCIA A LA OFICINA DE NORMAS PROFESIONALES DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE SYRACUSE Y QUE ESTA OFICINA REALIZARÁ UNA INVESTIGACIÓN PARALELA A LA INVESTIGACIÓN INDEPENDIENTE Y LA REVISIÓN LLEVADA A CABO POR LA JUNTA DE REVISION CIUDADANA.

ENTIENDO QUE EL OFICIAL (S) INVOLUCRADO EN MI RECLAMACIÓN RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN Y SE LE PEDIRÁ RESPONDER A LAS ALEGACIONES EN MI DENUNCIA, Y QUE ESTA NOTIFICACIÓN PUEDE CONTENER UNA COPIA ACTUAL DE ESTA RECLAMACIÓN QUE CONTENGA EL ALEGATO DE MALA CONDUCTA Y MI NOMBRE.

ENTIENDO QUE COMO PARTE DE LA INVESTIGACIÓN DE LA OFICINA DE NORMAS PROFESIONALES, SERÉ EN CONTACTO POR UN OFICIAL DE ESA OFICINA. ENTIENDO QUE PUEDO ELEGIR HABLAR CON EL OFICIAL SOBRE LOS DETALLES DE MI DENUNCIA, O PUEDO ELEGIR INTERACTUAR PRINCIPALMENTE CON LOS REPRESENTANTES DE LA JUNTA DE REVISIÓN CIUDADANA EN SU INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN.

ENTIENDO QUE LA OFICINA DE NORMAS PROFESIONALES TIENE TRECE (30) DÍAS PARA COMPLETAR SU INVESTIGACIÓN Y ENVIAR SUS RESULTADOS AL JEFE DE POLICÍA.

ENTIENDO QUE LA JUNTA DE REVISIÓN CIUDADANA DETERMINARÁ SI SE REQUIERE UNA AUDIENCIA PARA QUE EL CRB ENVIE UNA RECOMENDACIÓN AL JEFE DE LA POLICÍA EN RELACIÓN CON MI DENUNCIA. TAMBIÉN ENTIENDO QUE UNA AUDIENCIA DE CRB NO ES AUTOMÁTICA, PERO SE PUEDE OTORGADA O DENEGADA A DISCRECIÓN DE LA JUNTA”

Esta denuncia no es un Aviso de reclamación en contra de la Ciudad de Syracuse. Entiendo que necesitaría presentar un Aviso de reclamación dentro de los 90 días del incidente que describo en esta denuncia si deseo ejercer mi derecho a presentar una demanda civil en relación con este incidente. Entiendo que puedo comunicarme con el Departamento de Derecho de la Ciudad de Syracuse en 300 City Hall, 233 East Washington Street, Syracuse, NY 13202 si deseo presentar una Notificación de Reclamación sobre este asunto.

Firma del demandante

Para someter este formulario, envíe por correo o entregue el formulario a:

Junta de Revisión Ciudadana (Citizen Review Board)
201 East Washington Street, Suite 705
Syracuse, NY 13202

SECCION VI: INFORMACION VOLUNTARIA

Esta información será utilizada estrictamente para fines estadísticos.

Hombre

Mujer

Transgénero

_____ Edad

Afroamericano / Negro

Latino / Hispano

Nativo americano

Caucásico / Blanco

Asiático

Otro _____

Origen Nacional (distinto de los EE. UU.). Describa: _____

Inmigrante o refugiado

Gay / Lesbiana / Bisexual / Transgénero

Discapacitado, por favor describa: _____

Condición de salud mental

Aprendizaje discapacitado

Sordo / Problemas de Audición