

Departamento de Policía de Little Rock
FORMULARIO DE DENUNCIA

INFORMACIÓN DEL DENUNCIANTE

Nombre		Fecha de Nacimiento	
Dirección			
Teléfono de Casa	Teléfono Móvil	Teléfono del Trabajo	Otro Teléfono
Empleador		Dirección del Empleado	
SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	ETNIA <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Otro	RAZA <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro	

INFORMACIÓN DEL INCIDENTE

Fecha de Ocurrencia	Hora de Ocurrencia	Lugar de Ocurrencia	Distrito

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA

EMPLEADOS IMPLICADOS

Nombre	División	Posición	Supervisor

TESTIGOS

Nombre	Dirección	Relación	Teléfono

OBSERVACIONES *(Supervisor llenando el formulario de quejas, notando el comportamiento del denunciante- abusivo/cortés, se cree que está bajo la influencia de drogas o alcohol/sobrio, emocional y/o mentalmente molesto/calmado, etc.)*

Fecha de denuncia	Hora de denuncia
Firma del denunciante	Nombre del empleado que recibe la queja
Caso #	Firma del empleado que recibe la queja