



Informe de denuncias ciudadanas del departamento de policía de la Universidad de New Haven

Devuelva este documento completado en un sobre cerrado a un supervisor de policía o jefe de policía del University of New Haven Police Department, 300 Boston Post Road, West Haven, CT 06516.

Fecha del incidente: _____ Hora del incidente: _____ Fecha de la denuncia: _____ Hora de la denuncia: _____

Lugar del incidente: _____

Nombre del denunciante: _____ Fecha de nacimiento del denunciante: ____/____/____

Dirección del denunciante (calle, ciudad, estado, código postal): _____

Número de teléfono de la casa del denunciante: _____ Número de teléfono del trabajo del denunciante: _____

Número de teléfono celular del denunciante: _____ Correo electrónico del denunciante: _____

Nombre de la persona que asiste al denunciante: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Objeto de la denuncia (si se conoce): (Nombre o descripción física, número de placa, número de coche, etc.):

Información de los testigos (nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono, etc.):

Nombre de la persona que presta asistencia lingüística (si aplica):

Responda las siguientes preguntas:

	Sí	No	No estoy seguro
1. Según su conocimiento, ¿alguien grabó todo el incidente denunciado, o parte de él, en video o audio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Teme por su seguridad, o la de otra persona, por algún motivo como consecuencia de la presentación de esta denuncia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguien lo ha amenazado o ha intentado intimidarlo de alguna manera para evitar que presente esta denuncia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Sabe leer, escribir y hablar el idioma inglés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si su respuesta a la pregunta 4 es "No" o "No estoy seguro", ¿se le ha proporcionado asistencia lingüística adecuada para ayudarlo a entender y completar este formulario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, proporcione los detalles a continuación.)
