

Shelton Police Department

CIVILIAN COMPLAINT REPORT

Please give this completed document to a Police Supervisor or send it to the Internal Affairs Unit of this agency at the following address or email: Chief Joel W. Hurliman, Shelton Police Department, 85 Wheeler St, Shelton, Connecticut 06484. Email: Administration@sheltonpolice.net

Date of Incident	Time of Incident	Date Reported	Time Reported
Location of Incident			
Complainant's Name		Complainant's Address (Street, City, State, ZIP)	
Complainant's DOB	Complainant's Home Phone#	Complainant's Work Phone#	
Complainant's Cell Phone#		Complainant's E-mail	
Employer		Occupation	
Employer's Address			Employer's Telephone
Name of Person Assisting Complainant	Address		Telephone
Employee Complained about (if known): (Name or physical description, Badge #, Car #, etc.)			
Witness Information (Name, D.O.B., Address, Telephone #, etc.)			
Please provide answers to the following questions:			
	YES	NO	UNSURE
1. To your knowledge, was all or any part of the incident complained of video or audio taped by anyone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Are you afraid for your safety, or that of any other person, for any reason as a result of making this complaint?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has anyone threatened you or otherwise tried to intimidate you in an effort to prevent you from making this complaint?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Are you able to read, write and speak the English Language?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. If your answer to Question #4 is "No" or "Unsure", have you been provided with adequate language assistance to help you understand and fill out this form?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(If you answered "Yes" to any of the above questions, please provide details below.)

Details of the Incident: Please provide a full description of the circumstances that prompted your complaint. Attach supporting documentation, as appropriate: including letters, e-mails, photographs, video or audio tapes, etc.

(Attach additional pages, if necessary)

I have read, or had read to me, the above and attached complaint and statement consisting of ____ pages. All of the answers are true and accurate to my knowledge. I understand that making a false statement intended to mislead a law enforcement officer in his official function is a violation of Connecticut General Statute 53a-157b and could result in my arrest and being fined and/or imprisoned.

Complainant's Signature	Date and Time Signed
On this the ____ day of _____, _____, before me the undersigned officer, personally appeared the complainant whose name is subscribed above and acknowledged that he/she truthfully executed this instrument for the purposes herein contained.	Notary (For Authority See C.G.S. §§1-24, 3-94a et seq.)
	Print Rank/Name/ID Number:

*****The following shall be filled out by a member of the Shelton Police Department*****

Person Receiving the Complaint		
Rank/Name/ ID Number	Date Received	Time Received

Method of Contact (Check): Telephone In-Person Mail E-Mail Other

Signature of person receiving complaint	Complaint Control Number

Shelton Departamento de Policías

Ciudadano Formulario de Queja

Por favor complete este formulario y llévelo a un supervisor en el departamento de policías o lo puede mandar por el correo o correo electrónico a la Oficina de Asuntos Internos de esta agencia. La dirección es: Chief Joel W. Hurliman, Shelton Police Department, 85 Wheeler St, Shelton, Connecticut 06484. Email:

Administration@sheltonpolice.net

Date of Incident (Fecha del Incidente)	Time of Incident (Hora del Incidente)	Date Reported (Día denunciado)	Time Reported (Hora denunciado)																		
Location of Incident (Dirección donde ocurrió el incidente)																					
Complainant's Name (Su Nombre)		Complainant's Address (Su Dirección: Calle, Ciudad, Estado, código postal)																			
Complainant's DOB (fecha de nacimiento)	Complainant's Home Phone # (su # de teléfono)	Complainant's Work Phone# (Su # teléfono en el empleo)																			
Complainant's Cell Phone# (Su número Celular)		Complainant's E-mail (Su Correo Electrónico)																			
Employer (Empleador)		Occupation (Ocupación)																			
Employer's Address (Dirección de su empleador)			Employer's Telephone (Teléfono de su empleador)																		
Name of Person Assisting Complainant (Nombre de la persona ayudándote)	Address (Dirección de la persona ayudándole)	Telephone (Teléfono)																			
Employee Complained about (if known): (Name or physical description, Badge #, Car #, etc.) (El nombre de la persona (s) en quien tienes la queja o si no una descripción, número de placa, numero del carro).																					
Witness Information (Name, D.O.B., Address, Telephone #, etc.) Información de los testigos: Nombre, fecha de nacimiento, teléfono).																					
Por Favor conteste las siguientes preguntas: <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿En tu conocimiento, este incidente o parte del mismo, fue grabado en vídeo o de audio? 2. ¿Tú tienes miedo por tu seguridad o la seguridad de otra persona, por cualquier razón o de resultado de hacer esta queja? 3. ¿Alguna persona te ha amenazado o tratado de intimidarte en un esfuerzo de evitarle que hagas esta queja? 4. ¿Puedes, leer, escribir, y hablar el lenguaje de inglés? 5. Si contestaste la pregunta # 4 "No" o si no estás seguro, ¿has recibido suficiente ayuda para llenar este formulario? 			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">YES/SI</th> <th style="width: 33%;">NO/NO</th> <th style="width: 33%;">UNSURE/ No estoy seguro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	YES/SI	NO/NO	UNSURE/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YES/SI	NO/NO	UNSURE/ No estoy seguro																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
Si contestaste afirmativo "Si" a una de estas preguntas, por favor, escribe los detalles utilizando el reverso de este papel.																					

Escriba los detalles del incidente: Por favor necesitamos las circunstancias que lo hicieron dar esta queja. Añade documentos que pueden apoyar su reclamación, incluya correspondencia, fotografías, grabaciones de vídeos, y audio etcétera.

(Attach additional pages, if necessary) (Añade mas paginas si es necesario)

Yo leí, o me leyeron, la denuncia que he puesto de lo que ocurrió y provoco mi queja que tiene ___ páginas. Todo lo que he escrito es la verdad y exacto lo mejor de mi profundo conocimiento. Yo comprendo que es una violación presentar una denuncia falsa. Si yo he hecho una denuncia intentando de engañar un policía en su función oficial es una violación de las leyes del estado de Connecticut Estatuto General 53a-157b ay puede resultar en mi arresto o una multa o también ir a la cárcel.

Complainant's Signature (Denunciador Firme Aquí)	Date and Time Signed (Fecha y Hora que Firmo)
La área debajo es para el notario publico (Area below is for the Notary)	
On this the ____ day of _____, _____, before me the undersigned officer, personally appeared the complainant whose name is subscribed above and acknowledged that he/she truthfully executed this instrument for the purposes herein contained.	Notary (For Authority See C.G.S. §§1-24, 3-94a et seq.)
	Print Rank/Name/ID Number:

*****The following shall be filled out by a member of the Shelton Police Department*****

Person Receiving the Complaint (Persona que recibe el formulario de queja)		
Rank/Name/ ID Number	Date Received	Time Received

Como prefiere que lo contactemos?
 teléfono En persona Por Correo Correo Electrónico Otro

Signature of person receiving complaint (Firma de la persona que recibe su queja)	Complaint Control Number (Número Asignado)
---	--