



**SURPRISE POLICE DEPARTMENT
REQUEST FOR OFFICIAL POLICE REPORT**



Under the provisions of A.R.S. 39-121, Public Records Law, it is requested that the following record be released:

REQUESTOR'S INFORMATION:

NAME (AGENCY IF APPLICABLE)		DATE OF BIRTH	
ADDRESS		POLICE REPORT NUMBER	
CITY	STATE	ZIP CODE	PHONE NUMBER

THE FOLLOWING INFORMATION IS REQUIRED BEFORE A RECORD SEARCH IS CONDUCTED:

NAMES OF PARTIES INVOLVED	
DATE OF INCIDENT	LOCATION OF INCIDENT
TYPE OF INCIDENT	
PURPOSE OF REQUEST: <input type="checkbox"/> Commercial <input type="checkbox"/> Non-Commercial	
TRAFFIC ACCIDENT REPORTS ONLY	
If requesting an unredacted Traffic Accident Report, I certify under penalty of perjury that I am: (check the box that applies)	
<input type="checkbox"/> Party involved in the above referenced auto accident;	
<input type="checkbox"/> The owner of a vehicle involved in the above reference accident; or	
<input type="checkbox"/> A representative, insurer or attorney of a party/owner of a vehicle involved in the above referenced auto accident	
Signature:	Date:

I further agree to hold the City of Surprise, its agents and employees harmless from any claim, cause of action or other liability that may arise as a result of furnishing these documents to me or as a result of my use or misuse of these documents.

RECIPIENT'S SIGNATURE

Please select one of the options below:

- I will return to pick up the requested documents
- Fax the requested documents to: _____
- Mail to: _____

FEE FOR REPORT: _____	PD EMPLOYEE #: _____
AMOUNT RECEIVED: _____	RECEIPT #: _____

Per ARS 39-121.01, the Surprise Police Department will promptly furnish records



**DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE SURPRISE
SOLICITUD DE INFORME OFICIAL DE POLICÍA**



Bajo las provisiones de la ley del registro público A.R.S. 39-121, se solicita a conocer la información siguiente:

INFORMACION DEL SOLICITANTE:			
NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCION		NUMERO DE REPORTE	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	NUMERO DE TELEFONO

SE REQUIERE LA INFORMACION SIGUIENTE ANTES DE LLEVAR ACABO UNA INVESTIGACION DE ARCHIVOS:	
NOMBRE DE LAS PERSONAS IMPLICADOS	
FECHA DE OCURENCIA	LOCAL DE EL INCIDENTE
TIPO DE INCIDENTE	
EL PROPOSITO DEL PEDIDO:	
<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> No-Comercial	

REPORTES DE ACCIDENTES AUTOMOVILISTICOS SOLAMENTE
<p>Si se solicita un reporte de accidente de tránsito sin redacto, yo certifico bajo pena de perjurio que soy: (marque la casilla que aplica)</p> <p><input type="checkbox"/> Yo certifico que estoy involucrado en el accidente</p> <p><input type="checkbox"/> Soy dueño del vehículo</p> <p><input type="checkbox"/> O compañía de seguros, abogado o investigador privado representando a una persona involucrada en el accidente</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p>

Igualmente, me comprometo a no responsabilizar a la municipalidad de Surprise, sus empleados y sus agentes de ninguna demanda o motivo de demanda o otra responsabilidad legal que pueda surgir debido a la proporción de estos documentos a mi persona o debido al mal uso de estos documentos.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Seleccione una de las opciones:

- Volveré a recoger los documentos solicitados
- Tele copié (fax) los documentos a: _____
- Envié los documentos a: _____

FEE FOR REPORT: _____	PD EMPLOYEE #: _____
AMOUNT RECEIVED: _____	RECEIPT #: _____

Por ARS 39-121.01, el Departamento de Policia de Surprise proporcionará archivos dentro de un tiempo adecuado