

KANSAS CITY, MISSOURI BOARD OF POLICE COMMISSIONERS
OFFICE OF COMMUNITY COMPLAINTS
COMMUNITY COMPLAINT REPORT

OFFICE USE ONLY
O.C.C. CONTROL NO. _____
<input type="checkbox"/> TITLE VI - DISCRIMINATION

TIME and DATE OF OCCURRENCE	LOCATION OF OCCURRENCE	TICKETS OR REPORT NUMBERS, ETC.		
COMPLAINANT'S NAME LAST	FIRST	RACE	SEX	DATE OF BIRTH
HOME ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE	TELEPHONE NUMBER
EMAIL ADDRESS (OPTIONAL)		ALTERNATE TELEPHONE NUMBER (OPTIONAL)		
CO - COMPLAINANT'S NAME LAST	FIRST	RACE	SEX	DATE OF BIRTH
HOME ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE	TELEPHONE NUMBER
EMAIL ADDRESS (OPTIONAL)		ALTERNATE TELEPHONE NUMBER (OPTIONAL)		
NAME OF POLICE DEPARTMENT MEMBER COMPLAINED OF (If unknown, provide description of officer and type of duty performed, e.g., foot, auto, detective, etc.)		CHECK BADGE OR SERIAL NUMBER		ELEMENT OF ASSIGNMENT
		<input type="checkbox"/> B		
		<input type="checkbox"/> S		
		<input type="checkbox"/> B		
		<input type="checkbox"/> S		

- I WISH TO PARTICIPATE IN THE MEDIATION PROGRAM*
- I DO NOT WISH TO PARTICIPATE IN MEDIATION AND CHOOSE TO HAVE MY COMPLAINT FORMALLY INVESTIGATED.

PLEASE PRINT DETAILS OF THE COMPLAINT (Use reverse side of form if more space is required)

***Mediation** involves the use of a neutral, trained mediator assisting two (2) or more disagreeing parties that talk and listen to one another in an attempt to resolve the matter in a way that is satisfactory to both sides. Mediation is an alternative to a formal investigation of the complaint. Both parties must consent to the terms of the mediation, and they must agree to abide by the result. Mediation agreements are considered final.

I HEREBY CERTIFY THAT THE STATEMENTS GIVEN BY ME HEREIN ARE TRUE AND ACCURATE TO THE BEST OF MY PERSONAL KNOWLEDGE. I UNDERSTAND THAT MAKING UNTRUE DECLARATIONS TO PUBLIC SERVANTS OR UNTRUE STATEMENTS UNDER OATH OR AFFIRMATION ARE PUNISHABLE BY LAW AS A FELONY OR MISDEMEANOR. IF I DO NOT COOPERATE FULLY WITH THE COMPLAINT PROCESS, MY COMPLAINT WILL BE CLOSED WITH NO FURTHER ACTION OR CONTACT FROM THE OFFICE OF COMMUNITY COMPLAINTS.

SIGNATURE OF COMPLAINANT _____

SIGNATURE OF CO-COMPLAINANT _____

DEPT. MEMBER RECEIVING COMPLAINT					
RANK _____	SIGNATURE _____	SERIAL # _____	DATE _____	TIME _____	LOCATION _____
APPROVED BY: SIGNATURE _____		SERIAL # _____	DATE _____	TIME _____	LOCATION _____

OFFICE OF COMMUNITY COMPLAINTS NOTARY FORM

STATE OF Missouri)
) ss.
COUNTY OF _____)

I, _____, of lawful age [17 years of age or older], being duly sworn upon oath state that I, the complainant named above, declare the facts contained therein are true according to my best knowledge and belief.

Complainant

Co-Complainant

On this _____ day of _____, _____, the above-named complainant personally appeared before me, a notary public, and declared that said complainant signed the above affidavit as his/her free act and deed, and for the purpose stated therein.

Notary Public

My Commission Expires: _____

JUNTA DE COMISARIOS DE POLICÍA DE KANSAS CITY, MISSOURI
OFICINA DE QUEJAS COMUNITARIAS
INFORME DE QUEJAS COMUNITARIAS

SOLO PARA USO DE LA OFICINA
O.C.C. N° DE CONTROL _____
<input type="checkbox"/> TÍTULO VI - DISCRIMINACIÓN

HORA Y FECHA DEL INCIDENTE	LUGAR DEL INCIDENTE	NUMEROS DE MULTAS O INFORMES, ETC.				
NOMBRE DEL DENUNCIANTE APELLIDO _____		NOMBRE DE PILA _____		RAZA	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN PARTICULAR _____		CIUDAD _____	ESTADO _____	CÓDIGO POSTAL _____		NÚMERO DE TELÉFONO _____
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL) _____				NUMERO ALTERNATIVO DE TELÉFONO (OPCIONAL) _____		
NOMBRE DEL CO - DENUNCIANTE APELLIDO _____		NOMBRE DE PILA _____		RAZA	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN PARTICULAR _____		CIUDAD _____	ESTADO _____	CÓDIGO POSTAL _____		NÚMERO DE TELÉFONO _____
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL) _____				NUMERO ALTERNATIVO DE TELÉFONO (OPCIONAL) _____		
NOMBRE DEL MIEMBRO DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA OBJETO DE LA QUEJA (si lo desconoce, describa al agente y el tipo de deber realizado; por ejemplo, a pie, en auto, detective, etc.)			COMPROBAR PLACA O NÚMERO DE SERIE		GRUPO ASIGNADO	
			<input type="checkbox"/> B			
			<input type="checkbox"/> S			
			<input type="checkbox"/> B			
			<input type="checkbox"/> S			

- DESEO PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE MEDIACIÓN*
- NO DESEO PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE MEDIACIÓN Y ELIJO QUE SE INVESTIGUE MI QUEJA FORMALMENTE.

POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LOS DETALLES DE LA QUEJA (Si necesita más espacio, utilice el reverso del formulario)

***La mediación** conlleva el uso de un mediador neutral y capacitado que ayuda a dos (2) o más partes en desacuerdo a hablar y escucharse entre sí para intentar resolver la cuestión de manera satisfactoria para ambas partes. La mediación es una alternativa a la investigación formal de la queja. Ambas partes deben aceptar los términos de la mediación y acceder a cumplir con el resultado. Los acuerdos de la mediación se consideran definitivos.

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LAS DECLARACIONES QUE HE REALIZADO EN ESTE DOCUMENTO SON VERDADERAS Y EXACTAS SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER. COMPRENDO QUE HACER DECLARACIONES O AFIRMACIONES FALSAS A FUNCIONARIOS PÚBLICOS BAJO JURAMENTO ES SANCIONABLE POR LEY COMO DELITO MENOR O MAYOR. SI NO COOPERO PLENAMENTE CON EL PROCESO DE LA QUEJA, ÉSTA SERÁ ARCHIVADA SIN NINGUNA OTRA MEDIDA O CONTACTO POR PARTE DE LA OFICINA DE QUEJAS COMUNITARIAS.

FECHA DEL DENUNCIANTE _____

FECHA DEL CO-DENUNCIANTE _____

MIEMBRO DEL DEPTO. QUE RECIBE LA QUEJA						
RANGO _____	FIRMA _____	N° DE SERIE _____	FECHA _____	HORA _____	LUGAR _____	

FORMULARIO DE NOTARIZACIÓN DE LA OFICINA DE QUEJAS COMUNITARIAS

ESTADO DE Missouri)
) ss.

CONDADO DE _____)

Yo, _____, denunciante antes nombrado/a, mayor de edad [17 años o más], declaro bajo juramento que los hechos que aparecen en este documento son verdaderos según mi leal saber y entender.

Denunciante

Co-denunciante

Este _____ de _____, _____, el/la denunciante antes nombrado/a compareció personalmente ante mí, notario/a público/a, y declaro que dicho/a denunciante firmó la anterior declaración jurada por su libre albedrío y para los fines especificados en la misma.

Notario/a Público/a

Mi cargo expira: _____

HỘI ĐỒNG ỦY VIÊN CẢNH SÁT THÀNH PHỐ KANSAS BANG MISSOURI
VĂN PHÒNG KHIẾU NẠI CỘNG ĐỒNG
BÁO CÁO KHIẾU NẠI CỘNG ĐỒNG

PHÂN DÀNH CHO VĂN PHÒNG
SỐ KIỂM SOÁT O.C.C. _____
<input type="checkbox"/> ĐIỀU VI – PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

THỜI GIAN và NGÀY DIỄN RA	ĐỊA ĐIỂM DIỄN RA	PHIẾU HOẶC SỐ BIÊN BẢN, V.V			
TÊN NGƯỜI KHIẾU NẠI HỌ	TÊN	CHUNG TỘC	GIỚI TÍNH	NGÀY SINH	
ĐỊA CHỈ NHÀ	THÀNH PHỐ	BANG	MÃ BƯU ĐIỆN	SỐ ĐIỆN THOẠI	
ĐỊA CHỈ EMAIL (KHÔNG BẮT BUỘC)			SỐ ĐIỆN THOẠI THAY THE (KHÔNG BẮT BUỘC)		
TÊN NGƯỜI ĐỒNG KHIẾU NẠI HỌ	TÊN	CHUNG TỘC	GIỚI TÍNH	NGÀY SINH	
ĐỊA CHỈ NHÀ	THÀNH PHỐ	BANG	MÃ BƯU ĐIỆN	SỐ ĐIỆN THOẠI	
ĐỊA CHỈ EMAIL (KHÔNG BẮT BUỘC)			SỐ ĐIỆN THOẠI THAY THE (KHÔNG BẮT BUỘC)		
TÊN CỦA THÀNH VIÊN SỞ CẢNH SÁT BỊ KHIẾU NẠI (Nếu không biết, hãy cung cấp thông tin về sĩ quan và loại nhiệm vụ thực hiện, v.d., đi bộ, đi xe gi, điều tra viên, vv)		MÃ SỐ NHÂN VIÊN TRÊN THẺ		ĐƠN VỊ CÔNG TÁC	
		<input type="checkbox"/> B			
		<input type="checkbox"/> S			
		<input type="checkbox"/> B			
		<input type="checkbox"/> S			

TÔI MUỐN ĐƯỢC THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH HÒA GIẢI*
 TÔI KHÔNG MUỐN THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH HÒA GIẢI VÀ MONG KHIẾU NẠI CỦA TÔI SẼ ĐƯỢC CHÍNH THỨC ĐIỀU TRA
 XIN HÃY GHI RÕ ĐƠN KIỆN CHI TIẾT (Dùng mặt sau của tờ đơn nếu cần thêm chỗ)

***Hòa giải** liên quan đến lợi ích trung lập, người hòa giải sẽ giúp đỡ hai (2) hoặc nhiều hơn các bên bất đồng cùng nhau bàn bạc, thỏa thuận để đi đến thống nhất một phương án giải quyết vừa ý giữa các bên. Hòa giải là sự thay thế cho một cuộc điều tra chính thức về khiếu nại. Các bên đều phải đồng ý với các điều khoản của việc hòa giải và đồng ý tuân theo kết quả. Các thỏa thuận hòa giải được coi là cuối cùng.

TÔI XÁC NHẬN RẰNG CÁC NỘI DUNG TRONG BẢN BÁO CÁO NÀY CỦA TÔI LÀ ĐÚNG VÀ CHÍNH XÁC TRONG KHẢ NĂNG HIỂU BIẾT CỦA TÔI. TÔI HIỂU RẰNG VIỆC KHAI BÁO SAI SỰ THẬT ĐỐI VỚI CÔNG CHỨC HOẶC LỜI KHAI KHÔNG ĐÚNG SỰ THẬT SAU KHI TUYÊN THỆ HOẶC XÁC NHẬN SẼ BỊ TRỪNG PHẠT THEO PHÁP LUẬT NHƯ MỘT TỘI ĐẠİ HÌNH HOẶC TỘI TIỂU HÌNH. NẾU TÔI KHÔNG HỢP TÁC ĐẦY ĐỦ TRONG QUÁ TRÌNH GIẢI QUYẾT KHIẾU NẠI, ĐƠN KHIẾU NẠI CỦA TÔI SẼ BỊ ĐÓNG LẠI VÀ KHÔNG CỎ THÊM BẤT KỲ HÀNH ĐỘNG HAY LIÊN HỆ NÀO TỪ VĂN PHÒNG KHIẾU NẠI CỘNG ĐỒNG.

CHỮ KÝ NGƯỜI KHIẾU NẠI _____

CHỮ KÝ NGƯỜI ĐỒNG KHIẾU NẠI _____

THÀNH VIÊN ĐƠN VỊ NHẬN KHIẾU NẠI					
CẤP BẠC _____	CHỮ KÝ _____	Mã số nhân viên # _____	NGÀY _____	GIỜ _____	ĐỊA ĐIỂM _____

MẪU CÔNG CHỨNG CỦA VĂN PHÒNG KHIẾU NẠI CỘNG ĐỒNG

BANG Missouri)
) ss.
QUẬN _____)

Tôi, _____, ở độ tuổi hợp pháp [17 tuổi trở lên], chính thức tuyên thệ rằng TÔI, Người khiếu nại nêu trên, cam kết những sự việc được nói trong đơn này là đúng sự thật theo sự hiểu biết tốt nhất và niềm tin của tôi.

Người khiếu nại

Người đồng khiếu nại

Vào ngày _____ tháng _____, _____, người khiếu nại có tên nêu trên đã trực tiếp có mặt trước tôi, một công chứng viên, và đã khai báo rằng việc người khiếu nại đã ký tên của ông ta/ bà ta trong đơn này là một hành động và hành vi tự nguyện cho mục đích được trình bày trong đơn.

Công chứng viên

Thẩm quyền công chứng của tôi hết hạn vào ngày: _____