

Oficina del Alguacil del Condado de El Paso

Formulario de Recibo de Queja

En persona: <input type="checkbox"/>	Teléfono: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	Fecha:	Queja #:		
Nombre de Querellante/ PR's:			Sexo:	Raza:	FDN:	Edad:
Dirección:				Teléfono:		
Dirección Electrónico:				Fecha/Hora del Incidente:		
Empleado(s) involucrado:						

Detalles de la Alegación(es) ó Declaración de el Querellante/Parte Informante:

Por lo presente declaro que la información proporcionada por mí en esta queja es verdadera y correcta. Entiendo que si una investigación revela que he proporcionado deliberadamente información falsa o engañosa, puedo estar sujeto a cargos penales en virtud de artículo 18-8-111 que se castigan con hasta 120 días en la cárcel del condado de El Paso o una multa de \$750.

Firma del Querellante: _____ Fecha: _____

**** Para Uso Interno Solamente ****

Estado de la Información:
<input type="checkbox"/> La información proporcionada no constituye una violación de la póliza de la oficina. No se necesita más investigación.
<input type="checkbox"/> Esta queja será examinada por la cadena de mando del empleado.
<input type="checkbox"/> Se iniciará una investigación formal basada en la información recibida. Se llevará a cabo una investigación imparcial para determinar si ocurrió una mala conducta.