



**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA, CONDADO DE SUFFOLK, NY**  
**AGÊNCIA CREDENCIADA PARA O CUMPRIMENTO DA LEI**  
**RELATÓRIO DE INFORMAÇÕES DE**  
**ELOGIOS/RECLAMAÇÕES**

PDCS-1300-1d

<b>INTERNAL AFFAIRS BUREAU USE ONLY</b>	
<b>SOMENTE PARA USO DO GABINETE DE ASSUNTOS INTERNOS</b>	
<b>Recebido:</b>	_____
<b>IAB #:</b>	_____

O Departamento de Polícia do Condado de Suffolk está empenhado em fornecer serviços policiais da mais alta qualidade a cada um dos membros da comunidade e a sua opinião é importante para nós. Se você tiver um elogio ou reclamação em relação a um funcionário do SCPD, faça **UMA** das seguintes opções:

- Preencha este formulário e envie-o diretamente para qualquer delegacia do SCPD, ou para a Sede da Polícia, ou envie-o por fax para **(631) 852-6259**.
- Envie para: **Suffolk County Police Headquarters, Internal Affairs Bureau (IAB), 30 Yaphank Avenue, Yaphank, NY 11980**.
- Ligue para o Gabinete de Assuntos Internos no número **631-852-6265**, ou gratuitamente para **1-888-382-1798** (interpretação em espanhol disponível).
- Envie um e-mail para o Gabinete de Assuntos Internos no endereço: **SCPD.INTERNALAFFAIRS@suffolkcountyny.gov**.
- Ligue para a **Comissão de Direitos Humanos do Condado de Suffolk** no número **631-853-5480**.

Marque a categoria apropriada:  Elogio     Reclamação

N.º de CC (se aplicável) \_\_\_\_\_

Nome: Sobrenome, primeiro, inicial do nome do meio		Data de nascimento	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Endereço		Telefone residencial	
Endereço de e-mail	Celular	Telefone de trabalho	<input type="checkbox"/> Permissão para contato
Auxiliar de pessoa (intérprete, representante)		Relação	N.º de telefone de contato
Se aplicável: Nome da testemunha: Sobrenome, primeiro, inicial do nome do meio		Telefone residencial	
Endereço		Celular	

**INCIDENTE**

Data do incidente	Hora do Incidente	Lugar do incidente
-------------------	-------------------	--------------------

**INFORMAÇÕES DO FUNCIONÁRIO (se conhecido)**

Classificação/Título	Comando	Distintivo	Nome	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> À paisana	<input type="checkbox"/> Uniformizado	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Em um veículo Identificado	<input type="checkbox"/> Em um veículo Não Identificado
N.º do carro-patrolha:		N.º da placa do carro:		
Descrição física do funcionário (cor dos olhos, cor do cabelo, altura e constituição física aproximadas, idade, etc.)				

**DESCRIÇÃO DO INCIDENTE (inclua o máximo de detalhes possível)**

\_\_\_\_\_

Você gostaria que um supervisor do Departamento de Polícia o contactasse a respeito de seus comentários?  Sim     Não

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_