



CAMBRIDGE পুলিশদের রিভিউ ও উপদেষ্টা বোর্ড অভিযোগ ফরম

51 Inman St., Cambridge, MA 02139

ফোন: 617.349.6155 • ইমেইল: prab@cambridgema.gov

(অনুগ্রহ করে স্পষ্টাক্ষরে লিখুন)

অভিযোগকারী (আপনার তথ্য)

নাম _____

সড়ক _____

শহর/রাষ্ট্র/জিপ _____

টেলিফোনে (_____) _____ - _____

ইমেইল _____

ঘটনার তথ্য

স্থান: _____

সময় ও তারিখ _____

বল প্রয়োগ করা হয়েছিল কি? হ্যাঁ না

অশ্লীল ভাষা ব্যবহার করা হয়েছিল কি? হ্যাঁ না

জাতিগত ব্যাপার উল্লেখ করা হয়েছিল কি? হ্যাঁ না

পুলিশ কি তত্ত্বাবধারে প্রয়োগ করেছে:

আপনাকে: হ্যাঁ না যানবাহন: হ্যাঁ না

বাড়ি: হ্যাঁ না মানুষজনকে: হ্যাঁ না

অন্যান্য: _____ হ্যাঁ না

আপনি কি আহত হয়েছিলেন? হ্যাঁ না

আপনার আঘাতের বর্ণনা দিন: _____

আপনি কি চিকিৎসা সেবা পেয়েছিলেন? হ্যাঁ না

কার দ্বারা? _____

কোথায়? _____

আপনি কোন Cambridge পুলিশ অফিসার বা কর্মীদের বিরুদ্ধে অভিযোগ করতে চান?

1. নাম, পদমর্যাদা এবং/অথবা ব্যাজ # _____

2. নাম, পদমর্যাদা এবং/অথবা ব্যাজ # _____

3. নাম, পদমর্যাদা এবং/অথবা ব্যাজ # _____

সাক্ষী #1

নাম _____

সড়কের ঠিকানা _____

শহর/রাষ্ট্র/জিপ _____

টেলিফোন (_____) _____ - _____

সাক্ষী #2

নাম _____

সড়কের ঠিকানা _____

শহর/রাষ্ট্র/জিপ _____

টেলিফোন (_____) _____ - _____

<p>ঐচ্ছিক: আপনার জনসংখ্যাবিষয়ক তথ্য</p> <p>জাতি (ঐচ্ছিক, প্রযোজ্য সবগুলোতে টিক দিন)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> এশীয়/পূর্ব ভারতীয় <input type="checkbox"/> কৃষ্ণাঞ্জ/আফ্রিকান <input type="checkbox"/> হাওয়াইয়ান/প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপপুঁজীয় <input type="checkbox"/> আমেরিকান <input type="checkbox"/> শাদা/ককেশিয়ান <input type="checkbox"/> আদি <input type="checkbox"/> নিজে থেকে বর্ণনা করতে পছন্দ করবেন: _____ <input type="checkbox"/> আমেরিকান/আলাঞ্চান 	<p>জাতিগততা (ঐচ্ছিক)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> হিস্পানিক বা ল্যাটিনো <input type="checkbox"/> হিস্পানিক বা ল্যাটিনো নন <p>লিঙ্গ পরিচয় (ঐচ্ছিক)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> নন-বাইনারি <p>নিজে থেকে বর্ণনা করতে পছন্দ করবেন: _____</p>
--	--

অভিযোগের বিবরণ

আপনার অভিযোগ বিস্তারিতভাবে বর্ণনা করার পর অনুগ্রহ করে নিচের এই অভিযোগ ফরমটিতে স্বাক্ষর করুন। সংশ্লিষ্ট নাম, তারিখ, স্থান ইত্যাদি অন্তর্ভুক্ত করুন; বিশেষ করে এই বিষয়টি সমাধানের জন্য আপনি কী পদক্ষেপ নিয়েছেন এবং এর প্রতিক্রিয়া কী তা উল্লেখ করুন। এই অভিযোগে বর্ণিত তথ্য সমর্থনে যেকোনো ডকুমেন্ট সংযুক্ত করতে ভুলবেন না যেন।

আপনার বিবৃতি সংযুক্ত থাকলে অনুগ্রহ করে এই বক্সটিতে টিক দিন: □

আমি ঘোষণা করছি এবং নিশ্চিত করছি যে উপরে/সংযুক্ত তথ্য আমার জ্ঞানমতে সত্য ও নির্ভর।

স্বাক্ষর করেছে: _____ তারিখ: _____

ঝুঁকি ক: আপনি আমাদের সম্পর্কে কীভাবে জেনেছেন?
