



# CONSEJO ASESOR Y DE REVISIÓN DE LA POLICÍA DE CAMBRIDGE

## FORMULARIO DE DENUNCIA

51 Inman St., Cambridge, MA 02139

Teléfono: 617.349.6155 • Correo electrónico: [prab@cambridgema.gov](mailto:prab@cambridgema.gov)

(ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

### Denunciante (sus datos)

Nombre \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

### Información sobre el incidente

Ubicación: \_\_\_\_\_

Fecha y hora \_\_\_\_\_

¿Se utilizó la fuerza?  Sí  No

¿Se utilizó un lenguaje abusivo?  Sí  No

¿Se hicieron referencias racistas?  Sí  No

¿Qué/A quién registró la policía?

A usted:  Sí  No      Vehículo:  Sí  No

Hogar:  Sí  No      A una persona:  Sí  No

Otros: \_\_\_\_\_  Sí  No

¿Sufrió alguna lesión?  Sí  No

Describa su lesión: \_\_\_\_\_

¿Recibió atención médica?  Sí  No

¿Quién lo hizo? \_\_\_\_\_

¿En dónde? \_\_\_\_\_

### ¿Sobre qué agentes o personal de la Policía de Cambridge desea presentar una denuncia?

1. Nombre, rango y/o número de placa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Nombre, rango y/o número de placa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Nombre, rango y/o número de placa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Testigo N.º 1

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Testigo N.º 2

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

<p><b>Opcional: sus datos demográficos</b></p> <p><b>Raza</b> (opcional, marque todas las que correspondan)</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático/indio oriental      <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico      <input type="checkbox"/> Nativo americano/de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco/caucásico</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero autodescribirme: _____</p>	<p><b>Origen étnico (opcional)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o latino      <input type="checkbox"/> No hispano o latino</p> <p><b>Identidad de género (opcional)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Femenino      <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> No binario</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero autodescribirme: _____</p>
--	--

## Detalles de la denuncia

Firme este formulario de denuncia después de describir su denuncia en detalle. Incluya los nombres, fechas, lugares, etc. pertinentes. Indique en particular qué medidas ha tomado para resolver este asunto y la respuesta. No olvide adjuntar todos los documentos que respalden los hechos que se describen en esta denuncia.

*Marque esta casilla si adjunta su declaración:*

**Declaro y afirma que, a mi leal saber y entender, lo anteriormente expuesto/adjunto es cierto y exacto.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Opcional: ¿cómo nos conoció?*

---

---