



CAMBRIDGE警察審査・諮問委員会

苦情フォーム

51 Inman St., Cambridge, MA 02139

電話番号 : 617. 349. 6155 ・ Eメールアドレス : prab@cambridgema.gov

(印刷してください)

申立人 (あなたの情報)

氏名 _____
ストリート _____
市/州/郵便番号 _____
電話番号 (_____) _____-_____
Eメールアドレス _____

事件情報

場所 _____
時間と日付 _____
武力は行使されましたか? ☐ はい ☐ いいえ
乱暴な言葉は使われましたか? ☐ はい ☐ いいえ
人種差別的発言はありましたか? ☐ はい ☐ いいえ

警察は捜索を行いましたか?

あなた: ☐ はい ☐ いいえ 車両: ☐ はい ☐ いいえ
家宅: ☐ はい ☐ いいえ 個人: ☐ はい ☐ いいえ
その他: _____ ☐ はい ☐ いいえ

怪我をされましたか? ☐ はい ☐ いいえ
怪我について教えてください _____

治療を受けましたか? ☐ はい ☐ いいえ
誰によって? _____
どこで? _____

Cambridge警察のどの警察官又は職員に対して 苦情を申し立てたいですか?

1. 氏名、階級、及び/又はバッジ番号 _____

2. 氏名、階級、及び/又はバッジ番号 _____

3. 氏名、階級、及び/又はバッジ番号 _____

目撃者1

氏名 _____
ストリートアドレス _____
市/州/郵便番号 _____
電話番号 (_____) _____-_____

目撃者2

氏名 _____
ストリートアドレス _____
市/州/郵便番号 _____
電話番号 (_____) _____-_____

任意: あなたの人口統計情報

人種 (任意、該当するものすべてにチェックしてください)

- ☐ アジア人/東インド人 ☐ 黒人/アフリカ系アメリカ人
☐ ハワイアン/パシフィック・アイランダー ☐ ネイティブ・アメリカン/アラスカ人
☐ 白人/コーカソイド
☐ 自分の言葉を使いたい: _____

民族 (任意)

- ☐ ヒスパニック系またはラテン系 ☐ ヒスパニック系またはラテン系ではない

ジェンダーアイデンティティ (任意)

- ☐ 女性 ☐ 男性 ☐ ノンバイナリー
☐ 自分の言葉を使いたい: _____

苦情の詳細

苦情の詳細をご記入の上、以下の苦情フォームにご署名ください。関連する名前、日付、場所を含めてください。特に、この問題を解決するためにどのような措置を講じたか、またその対応を具体的に示してください。この苦情に記載されている事実を裏付ける文書があれば、必ず添付してください。

明細書が添付されている場合は、このボックスにチェックを入れてください： ☐

私は、上記および添付の内容が、私の知る限りにおいて真実かつ正確であることを明言し、断言します。

署名： _____ 日付： _____

任意：どのようにして私たちのことを知りましたか？

