Easthampton Police Department
Complaint Control Form

Complaint #: (Assigned by IAU)		Type of Complaint Bias Conduct Alleged: Yes__; No__			**Original** to: Internal Affairs Unit/Supervisor **Copy** to: Complainant at time of complaint **Copy** to: *Division of Police Standards* (POST)			
Date of Complaint	Time of Complaint	Day:	How Complaint Was Received	__In Person __Mail __Email __Telephone __Other __Online __POST(DPS)				
Date of Occurrence	Time of Occurrence	Day:	Location of Incident (#, Street, City)					
Complainant (last, first, M)			Address (#, Street, City, St, & Zip Code)					
Phone: (Home) (Work)	Sex: __Male __Female		Race	Age	D.O.B.	Married: __Yes __No		
Result of: __Parking Complaint __Arrest Traffic Citation__ __Injury __Field Interrogation Other___			Signature of Complainant if Complaint Resolved at Time of Complaint: _____			Date:		

Narrative:

(continue on reverse if necessary)

WARNING: False statements made on this form are punishable under the pains and penalties of perjury. A fine up to $500 and imprisonment for up to one year shall punish whoever knowingly and intentionally makes a FALSE REPORT of a crime on this form.

Complainant Should Sign at End of Narrative:_____

Complainant's Parent or Guardian if Complainant is under (<18) Eighteen:_____

(1.) Name of Employee Complained Against:				Badge No. / Employee ID No.		**POST-C Certification Identification No.**	
Sex: __Male __Female	Race: __W; __B __A; __M; __H: __I: __O	D.O.B. / Age	Height	Weight	Build	Hair	Eyes
(2.) Name of Employee Complained Against:				Badge No. / Employee ID No.		**POST-C Certification Identification No.**	
Sex: __Male __Female	Race: __W; __B __A; __M; __H: __I: __O	D.O.B. / Age	Height	Weight	Build	Hair	Eyes

(1.) Name of Witness:		Address			
Phone	Sex: __Male __Female	Race	Age	D.O.B	Married: __Yes __No
(2) Name of Witness:		Address			
Phone	Sex: __Male __Female	Race	Age	D.O.B	Married: __Yes __No
Signature of Supervisor Receiving Complaint				I.D. No.	Tour of Duty
Superior Officer Assigned to Investigate Complaint					I.D. No.
Internal Affairs Unit Notified: __Yes __No		Notified by:	Time		Date

Persons making an allegation of racial profiling shall also be advised of the State's complaint line:
1-866-6-RACIAL

Departamento De Policia De Easthampton

Forma de Control de Quejas

Favor de usar Letra de Molde

Queja #: (Assigned by IAU)	Tipo de Queja Conducta sesgada alegada: Y__ N__	**Original** a : Unidad de Asuntos Internos **Copia**: al demándate en momento de la queja **Copia** : Division de Normas de la Policia

Fecha de Queja	Hora de Queja	Dia:	Como fue recibida la Queja	__En Persona __Por Correo __Online __Telefone __Otro ___Email __POST (DPS)
Fecha del Acontecimiento	Hora del Acontecimiento	Día:	Lugar del Incidente (#, Calle, Ciudad)	
Demandante (Apellido, Nombre)			Dirección (#, Calle, Ciudad, & Código Postal)	

Teléfono: (Casa) (Trabajo)	Sexo: __Masculino __Femenino	Raza	Edad	Fecha Nacimient	Casado(a): __Si __No
Resultado de: ___Queja de Estacionamiento ___Arresto ___Lesión ___Citación de Trafico ___Interrogación en Calle ___ Otro		Firma del Demandante si la queja se resolvió en el momento de la queja: _____			Fecha:

Narrativa:

(continué al reverse si es necesario)

AVISO: **Hacer f**alsos testimonios en esta forma es castigado bajo el dolor y las penalidades de perjurio. Una multa asta de $500 y encarcelamiento asta por un ano sera castigo para cualquiera que adrede e, intencional haga REPORTE FALSO de un crime en esta forma.

El Demandante deberá Firmar al final de la Narrativa_____

Si el Demandante es menor de 18 anos, Firma del Padre o Tutor(a)_____

(1.) Nombre del Empleado Contra quien se ase esta Queja:				No. de Chapa		POST-C Numero de Identificación	
Sexo: __Masculino __Femenino	Raza	D.O.B. / Edad	Altura	Peso	Talle	Cabello	Ojos
(2.) Nombre del Empleado Contra quien se ase esta Queja:				No. de Chapa		No. de Identificación	
Sexo: __Masculino __Femenino	Raza	Edad	Altura	Peso	Talle	Cabello	Ojos

(1.) Nombre de Testigo:			Dirección		
Teléfono	Sexo: __Masculino __Femenino	Raza	Edad	Fecha Nacimiento	Casado(a): __Si __No
(2) Nombre de Testigo:			Dirección		
Teléfono	Sexo: __Masculino __Femenino	Raza	Edad	Fecha Nacimiento	Casado(a): __Si __No

Firma del Supervisor que Recibió la Queja	No. de Identificación	Hora de Servicio
Oficial Superior Asignado a Investigar la Queja		No. de Identificación

Unidad de Asuntos Internos Notificada: ___Si ___No	Notificada por:	Hora	Fecha

Las personas que presenten una denuncia de discriminación por perfil racial también serán informadas de la línea de denuncia del Estado:**1-866-6-RACIAL**