



## Oficina de Supervisión del Orden Público

Office of Law Enforcement Oversight

401 Fifth Avenue, Room 131, Seattle, WA 98104-1818

206-263-8870 / Fax: 206-296-1675 / TTY Relay: 711

[oleo@kingcounty.gov](mailto:oleo@kingcounty.gov) / [www.kingcounty.gov/oleo](http://www.kingcounty.gov/oleo)

# FORMULARIO PARA QUEJAS

La información que usted incluya en este formulario se usará para investigar supuesta conducta indebida por parte de un empleado de la Oficina del Alguacil del Condado de King (King County Sheriff's Office, o KCSO). No es requisito completar cada casilla, pero le pedimos que ingrese la información que sepa. La Unidad de Investigaciones Internas de KCSO o un comandante de KCSO se encargará de la investigación. OLEO monitoreará la investigación y certificará que ésta se haya realizado de manera minuciosa y objetiva.

Envíe el formulario completo por correo a 401 Fifth Avenue, Room 131, Seattle, WA 98104-1818, o por correo electrónico a [oleo@kingcounty.gov](mailto:oleo@kingcounty.gov). Puede encontrar el formulario en línea en: [www.kingcounty.gov/oleo](http://www.kingcounty.gov/oleo).

### I. Datos sobre la persona que presenta la queja

(Se aceptan quejas anónimas, pero son mucho más difíciles de investigar.)

SU NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO:	RAZA:
DIRECCIÓN (calle, ciudad, estado, código postal):			
TELÉFONO DE CASA:	TELÉFONO CELULAR:		
LA MEJOR HORA O MEJOR FORMA DE COMUNICARSE CON USTED:	CORREO ELECTRÓNICO:		

### 2. Datos sobre el/los empleado(s) acusado(s) de KCSO

Indique toda la información que pueda para identificar al/a los empleado(s).

NOMBRE:	SEXO:	RAZA:	COLOR CABELLO:	COLOR OJOS:	EDAD:
PLACA #	RANGO:	PESO:	OTRA DESCRIPCIÓN:		

NOMBRE:	SEXO:	RAZA:	COLOR CABELLO:	COLOR OJOS:	EDAD:
PLACA #	RANGO:	PESO:	OTRA DESCRIPCIÓN:		

NOMBRE:	SEXO:	RAZA:	COLOR CABELLO:	COLOR OJOS:	EDAD:
PLACA #	RANGO:	PESO:	OTRA DESCRIPCIÓN:		

Continuación ...

### 3. Datos sobre el incidente

UBICACIÓN: ¿DÓNDE OCURRIÓ EL INCIDENTE? Por favor sea específico/a.		
FECHA DEL INCIDENTE:	HORA DEL INCIDENTE:	NÚMERO DE INCIDENTE (si corresponde):
¿RESULTÓ LESIONADO/A? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿FUE ARRESTADO/A? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      SI FUE ARRESTADO/A, INDIQUE NÚMERO DE FICHADO: _____	
POR FAVOR DESCRIBA EL INCIDENTE. ¿QUÉ PASÓ?		

### 4. Datos sobre los testigos

Indique toda la información que pueda sobre las personas que presenciaron el evento.

NOMBRE(S) DEL/DE LOS TESTIGO(S)	INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EL/LOS TESTIGO(S)

### 5. Otras evidencias

¿Existen pruebas en audio, video o de otro tipo, vinculadas con el evento? Por favor explique.

6. Fecha en que se presenta este formulario: \_\_\_\_\_

FOR INTERNAL USE (Para Uso Interno)		
DATE RECEIVED _____	OLEO CASE # _____	IIU # _____
INCIDENT # _____	Other _____	