

# FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR CONDUCTA POLICIAL

CIUDAD DE MINNEAPOLIS  
 OFICINA DE REVISIÓN DE CONDUCTA POLICIAL  
 350 S. 5TH ST. ROOM 239, MINNEAPOLIS, MN 55415  
 612-673-5500

De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.

Completar este formulario es el primer paso del proceso de reclamación. Este formulario debe contener datos completos y precisos, y se pueden adjuntar hojas adicionales si es necesario. Firme y escriba la fecha al pie de la página y envíe el formulario a la dirección que figura en la parte superior de este. Para obtener más información, visite [www.minneapolismn.gov/civilrights/policerreview](http://www.minneapolismn.gov/civilrights/policerreview).

| Información del denunciante.   |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)   |  | Fecha de nacimiento                                    | Teléfono                                       |
| Dirección residencial  |  | Ciudad/Estado  | Código postal                                  |
|  |  |  | Correo electrónico                             |
| Indique su(s) raza(s):   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Asiático/a  | <input type="checkbox"/> Africano/a                      | <input type="checkbox"/> Blanco/a                      | <input type="checkbox"/> Latino/a              |
| <input type="checkbox"/> De las Islas del Pacífico   | <input type="checkbox"/> Negro/a                         | <input type="checkbox"/> Nativo/a estadounidense       | <input type="checkbox"/> De Oriente Medio      |
|  |  | Otra: _____  |  |
|  |  | Prefiero no responder                                  |  |
| Su género:   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Masculino   | <input type="checkbox"/> Femenino                        | <input type="checkbox"/> No binario/género disconforme | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
|  |  | Otra: _____  |  |
| ALEGO LO SIGUIENTE:  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Exceso de fuerza  | <input type="checkbox"/> Actitud o lenguaje inapropiados | <input type="checkbox"/> Discriminación                | <input type="checkbox"/> Robo                  |
| <input type="checkbox"/> Acoso   | <input type="checkbox"/> Omisión de protección           | <input type="checkbox"/> Represalia                    | <input type="checkbox"/> Otra                  |
| Información de los testigos  |  |  |  |
| Nombre(s) del testigo  | Correo electrónico del testigo                           |  | Número de teléfono del testigo                 |
|  |  |  |  |
| Dirección del testigo  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Información sobre el incidente   |  |  |  |
| Número(s) de la placa del/la oficial   | Nombre(s) del/la oficial                                 | Número de brigada                                      |  |
|  |  |  |  |
| Número de caso de la tarjeta azul  | Lugar del incidente/Dirección                            | Fecha y hora del incidente                             |  |
| Descripción de los hechos del incidente – (Obligatoria) Por favor describa los hechos del incidente con el mayor detalle posible; use la página posterior si es necesario. Cualquier información que usted proporcione es útil (por ejemplo, ¿quién?, ¿qué?, ¿dónde?, ¿cuándo? y ¿por qué?). |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Tenga en cuenta que la ley de Minnesota (Estatutos de Minnesota § 609.505) considera un delito penal presentar un informe de mala conducta policial que contenga información falsa o difamatoria a sabiendas.  |  |  |  |
| Firma de quien presenta la reclamación   |  |  | Fecha y hora                                   |
|  |  |  |  |

Este formulario está disponible en formato alternativo: comuníquese con el personal de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) del departamento de Recursos Humanos llamando al 612-673-2694. Las personas sordas o con dificultades auditivas pueden llamar al teléfono de texto (Text Telephone, TTY) al 612-673-2626 para obtener más información o para programar una cita con un intérprete de lenguaje de señas certificado que brindará ayuda para completar este formulario.

Numero de Caso:

Revised 10/2023

