华盛顿特区政府

(GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA)

申诉警察不良行为办公室

(OFFICE OF POLICE COMPLAINTS)

1400 I Street, NW, Suite 700
Washington, DC 20005

电话: (202) 727-3838

传真: (202) 727-9182

24 小时免费热线电话 (866) 588-0569

www.policecomplaints.dc.gov

申诉表格

1. 申警办表格编号

由办公室工作人员填写

2. 收到申诉的日期与时间

由办公室工作人员填写

3. 市警察局管理系统号码

由办公室工作人员填写

4. 申诉是通过何种途径收到的 (请画圈): *由办公室工作人员填写*

当面 | 传真 | 电子邮件 | 美国邮政局 | 市警察局 | 其它 请说明:

5. 申诉人的名与姓	6. 出生日期	7. 年龄	8. 性别	9. 种族或国籍

10. 家庭地址	11. 家里电话号码

12. 工作单位地址	13. 职业	14. 工作单位电话号码

15. 可与申诉人联系的其它方式 *(手机、呼叫机、电子邮件、朋友等)*	16. 所发生事件的总体性质

17. 事件发生的地点	18. 在华盛顿第几区 *(事件发生的地点)*

19a. 事件发生在星期几	19b. 事件发生的日期	19c. 事件发生的时间	20. 证明人

21. 所涉及的警官 *(如您知道的话, 请列出其姓名、徽章号码、警察分局)*	22. 警车号码/描写一下细节

23. 警官的外表特征 *(头发与眼睛的颜色、身高、性别、种族等)*

24a. 描写一下受伤情况 *(如果发生的话)*	24b. 在哪儿治伤 *(医院名称及医生姓名等)*

25. 您希望用何种语言联系 *(如果不使用英语)*

26. 事件中其它在场人员的姓名、电话号码或联系资料*(包括其它警官)*

(请在反面继续填写)

申诉人的姓名	申警办表格管理编号 *由办公室工作人员填写*

27. 事件发生的经过：

如有必要，请加附页　　共加　　页

28. 申诉者的宣誓词

我特此声明：就我所知，在此所述情况属实。若作假证，将受到法律制裁。

申诉人签名　　日期