

ПРАВИТЕЛЬСТВО ОКРУГА КОЛУМБИЯ
(GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA)
УПРАВЛЕНИЕ ПО РАССМОТРЕНИЮ ЖАЛОБ НА ПОЛИЦИЮ
(OFFICE OF POLICE COMPLAINTS)
 1400 I Street, NW, Suite 700
 Washington, DC 20005
 Телефон: (202) 727-3838
 Факс: (202) 727-9182
 Круглосуточная бесплатная «горячая линия»:
 (866) 588-0569
 www.policecomplaints.dc.gov

БЛАНК ЖАЛОБЫ

1. Контрольный номер OPC

Заполняется сотрудниками OPC

2. Время и дата приема жалобы

Заполняется сотрудниками OPC

3. Контрольный номер системы MPD

Заполняется сотрудниками OPC

4. Как была получена жалоба (Обвести соответствующий вариант): *Заполняется сотрудниками OPC*

Лично | По факсу | По эл. почте | По почте США | Через MPD | Другое **Поясните:**

5. Имя лица, подающего жалобу – Фамилия, Имя, Второе имя	6. Дата рождения	7. Возраст	8. Пол	9. Расовая, этническая принадлежность или национальное происхождение
--	------------------	------------	--------	--

10. Домашний адрес	11. Номер домашнего телефона
--------------------	------------------------------

12. Адрес места работы	13. Род занятий	14. Номер рабочего телефона
------------------------	-----------------	-----------------------------

15. Другие способы связи с лицом, подавшим жалобу (<i>мобильный телефон, пейджер, электронная почта, знакомые и т.д.</i>)	16. Общий характер происшествия
---	---------------------------------

17. Место происшествия	18. Административный район округа Колумбия (<i>где произошло происшествие</i>)
------------------------	--

19а. День недели, в который произошло происшествие	19б. Дата происшествия	19с. Время происшествия	20. Свидетели
--	------------------------	-------------------------	---------------

21. Полицейские, имеющие отношение к жалобе (<i>имя, номер жетона, полицейский участок, если известны</i>)	22. Полицейский автомобиль № / Описание
--	---

23. Описание внешности полицейского (полицейских) (*цвет волос и глаз, рост, пол, расовая/этническая принадлежность и т.д.*)

24а. Опишите причиненные травмы (<i>если имеются</i>)	24б. Где проводилось лечение (<i>название больницы, имя врача и т.д.</i>)
---	---

25. Предпочтительный язык общения (*если не английский*)

26. Имя (имена), номер (а) телефона (ов) или контактная информация других лиц, присутствовавших при происшествии, (*включая других полицейских*)

Бланк ОРС-1 (Обратная сторона)

Имя лица, подающего жалобу – Фамилия, Имя, Второе имя

Контрольный номер ОРС

Заполняется сотрудниками ОРС

27. Опишите происшествие:

При необходимости приложите дополнительные страницы _____ стр. _____ из _____

28. Подтверждение верности предоставленных сведений лицом, подающим жалобу

Под страхом наказания за лжесвидетельство настоящим я подтверждаю, что, насколько мне известно, все сведения, представленные в данном документе, являются верными.

Подпись лица, подающего жалобу

Дата