

**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

1. Контрольный номер OPC

*Заполняется сотрудниками OPC*

2. Время и дата приема жалобы

*Заполняется сотрудниками OPC*

3. Контрольный номер системы MPD

*Заполняется сотрудниками OPC*

**БЛАНК ЖАЛОБЫ**

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