



SAN BERNARDINO COUNTY SHERIFF'S DEPARTMENT

DENUNCIA PÚBLICA

P#	FECHA (MM/DD/AA)
----	------------------

DENUNCIANTE

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	TELEFONO	FEC. NAC.
DOMICILIO DE RESIDENCIA (CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)		
DOMICILIO DEL NEGOCIO (CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)		

OTRAS PERSONAS INVOLUCRADAS

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	FEC. NAC.
DOMICILIO DE RESIDENCIA (CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)	
DOMICILIO DEL NEGOCIO (CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)	

DIA Y FECHA DEL INCIDENTE	TIEMPO DEL INCIDENTE	LUGAR DEL INCIDENTE
---------------------------	----------------------	---------------------

TESTIGOS

NOMBRE	DOMICILIO	TELEFONO

SI NO CONOCE A LOS TESTIGOS, INCLUYE LA DESCRIPCION

NOMBRE O DESCRIPCION DE EMPLEADOS INVOLUCRADOS

NOMBRE	NUMERO DE PLACA	DESCRIPCION FISICA

PERSONA(S) ARRESTADA

NOMBRE	DOMICILIO	TELEFONO

DISCRIMINACIÓN RACIAL O PERSONAL PC 13519.4(e)

¿Cree que fue detenido, buscado, o retenido por la policía, por cuestiones de su raza o etnicidad (incluyendo el color), el origen nacional, sexo, orientación sexual, discapacidad mental, o discapacidad física? Si No

¿En caso de que si, qué tipo de discriminación racial o personal alega? (Marque todo lo que aplica)

<input type="checkbox"/> Raza o etnicidad (incluyendo el color)	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Orientación sexual
<input type="checkbox"/> Origen Nacional	<input type="checkbox"/> Religión	<input type="checkbox"/> Discapacidad mental
<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Expresión de género	<input type="checkbox"/> Discapacidad física

DESCRIPCION DE SU DENUNCIA

FIRMA DEL DENUNCIANTE	FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN LEGAL (CUANDO DENUNCIANTE ES MENOR 18 ANOS)	
PERSONA QUE RECIBO QUEJA	IDENTIFICACION DEL EMPLEADO	TELEFONO DE NEGOCIO

