SAN BERNARDINO COUNTY SHERIFF'S DEPARTMENT

CITIZEN COMPLAINT

P#	DATE FILED

REPORTING PERSON

NAME *(LAST, FIRST, MIDDLE)*	PHONE NO.	AGE

RESIDENCE ADDRESS *(CITY, STATE, ZIP CODE)*

BUSINESS ADDRESS *(CITY, STATE, ZIP CODE)*

PERSONS INVOLVED (IF OTHER THAN ABOVE)

NAME *(LAST, FIRST, MIDDLE)*

RESIDENCE ADDRESS *(CITY, STATE, ZIP CODE)*

BUSINESS ADDRESS *(CITY, STATE, ZIP CODE)*

DAY AND DATE of INCIDENT	TIME OF INCIDENT	LOCATION OF INCIDENT

WITNESSES

NAME	ADDRESS	PHONE NO.

IF WITNESSES ARE NOT KNOWN, GIVE THEIR DESCRIPTION

NAME OR DESCRIPTION OF EMPLOYEE(S) INVOLVED

NAME	BADGE OR ID NO.	PHYSICAL DESCRIPTION

PERSON(S) ARRESTED

NAME	ADDRESS	PHONE NO.

RACIAL OR IDENTITY PROFILING PC 13519.4(e)

Do you believe you were stopped, arrested, searched, or detained by law enforcement based, at least in part, on your race or ethnicity (including color), nationality/national origin, gender, age, religion, gender expression, sexual orientation, mental disability, or physical disability? ☐ Yes ☐ No

If yes, what specific type of racial or identity profiling do you allege? (Check all that apply.)

☐ Race or Ethnicity (Including Color) ☐ Age ☐ Sexual Orientation
☐ Nationality/National Origin ☐ Religion ☐ Mental Disability
☐ Gender ☐ Gender Expression ☐ Physical Disability

SUMMARY OF COMPLAINT

SIGNATURE OF REPORTING PERSON	SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN (IF COMPLAINANT IS UNDER 18 YEARS)	
PERSON RECEIVING COMPLAINT	EMPLOYEE ID NO.	BUSINESS TELEPHONE NO.

SAN BERNARDINO COUNTY SHERIFF'S DEPARTMENT

P#	DATE FILED

SUMMARY OF COMPLAINT (continued)

SIGNATURE OF REPORTING PERSON	SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN (IF COMPLAINANT IS UNDER 18 YEARS)	
PERSON RECEIVING COMPLAINT	EMPLOYEE ID NO.	BUSINESS TELEPHONE NO.

SAN BERNARDINO COUNTY SHERIFF'S DEPARTMENT

DENUNCIA PÚBLICA

P#	FECHA (MM/DD/AA)

DENUNCIANTE

NOMBRE *(APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)*	TELEFONO	EDAD

DOMICILIO DE RESIDENCIA *(CUIDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)*

DOMICILIO DEL NEGOCIO *(CUIDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)*

OTRAS PERSONAS INVOLUCRADAS

NOMBRE *(APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)*

DOMICILIO DE RESIDENCIA *(CUIDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)*

DOMICILIO DEL NEGOCIO *(CUIDAD, 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)

☐ Raza o etnicidad (incluyendo el color) ☐ Edad ☐ Orientación sexual
☐ Origen Nacional ☐ Religión ☐ Discapacidad mental
☐ Sexo ☐ Expresión de género ☐ Discapacidad física

DESCRIPCION DE SU DENUNCIA

FIRMA DEL DENUNCIANTE	FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN LEGAL (CUANDO DENUNCIANTE ES MENOR 18 ANOS)

PRESONA QUE RECIBO QUEJA	IDENTIFICACION DEL EMPLEADO	TELEFONO DE NEGOCIO

SAN BERNARDINO COUNTY SHERIFF'S DEPARTMENT

P#	FECHA DE ARCHIVO

DESCRIPCION DE SU QUEJA (continuado)

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