



# County of Santa Cruz

---

---

Sheriff-Coroner

5200 Soquel Ave Santa Cruz, CA 95062  
(831) 454-7600 FAX: (831) 454-7604

**Jim Hart**  
Sheriff-Coroner

## Formulario de queja Carta de presentación (Complaint Form)

Usted tiene el derecho de presentar una queja con respecto a la conducta de un miembro de la Oficina del Alguacil del Condado de Santa Cruz sin preocuparse por represalias. También tiene derecho a una copia de su declaración al momento de presentar la denuncia. La Oficina del Alguacil investigará su queja. Cuando se concluya la investigación, la Oficina del Alguacil puede tomar medidas contra el miembro del personal si determina que hubo mala conducta, o puede concluir que no hay pruebas suficientes para justificar acción en contra del empleado. Se le proporcionará un Aviso de Disposición por escrito al demandante dentro de 30 días de la conclusión de la Oficina del Alguacil. Las quejas serán retenidas por la Oficina del Alguacil por un mínimo de cinco años.

---

**Imprima el nombre del demandante**

---

**Firma del demandante**

---

**Fecha**

**Oficina del Sheriff del Condado de Santa Cruz**

**Formulario de queja**

Apellido del demandante, primer nombre, segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco Otro _____	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Código Postal:	Teléfono:	Correo Electrónico:	

**Complete esta parte si el demandante un menor o si es asistido por un abogado**

Apellido, primer nombre, segundo nombre:	Relación con el Demandante:		
Dirección:	Código postal:	Teléfono:	Correo Electrónico:

Localización:	Día:	Fecha:	Hora: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
---------------	------	--------	--

**Identidad del personal involucrado**

Número de placa del oficial	Nombre / Número de vehículo, etc.	Sexo	Raza

Usando sus propias palabras *(Si necesita más espacio, use la página narrativa adicional)*


¿Fuiste herido?  No  Sí *(Describe)*

Nombre del testigo (Apellido, primer nombre, segundo nombre)	Dirección Ciudad / Código postal	Numero de Teléfono

¿Su queja involucra alguno de los siguientes criterios: raza u origen étnico (incluido el color), nacionalidad, edad, religión, género, expresión de género, orientación sexual, discapacidad mental o discapacidad física?

Sí  
 No

<i>Firma del demandante X</i> _____	Fecha _____
-------------------------------------	-------------

**Exclusivamente para uso oficial**

Complaint Received by <input type="checkbox"/> Walk-in <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Fax	Date Received
EMPLOYEE RECEIVING ALLEGATION	POSITION
	DIV
	I.D.
	DATE

