OCCR-1

GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
OFFICE OF CITIZEN COMPLAINT REVIEW
730 11th Street, N.W., Suite 500
Washington, D.C. 20001
(202) 727-3838
www.occr.dc.gov

FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO DO CIDADÃO

1. Número de controle do OCCR
a ser preenchido por funcionário do OCCR

2. Dia, data e hora da reclamação recebida
a ser preenchido por funcionário do OCCR

3. Número do sistema de controle do MPD
a ser preenchido por funcionário do OCCR

4. Como a reclamação foi recebida: *a ser preenchido por funcionário do OCCR*

Pessoalmente □ Fax □ E-mail □ Correio dos EUA □ MPD □ Outro □ Especifique:

5. Nome do reclamante - nome de família, primeiro nome, nome do meio	6. Data de nascimento	7. Idade	8. Sexo	9. Raça, nacionalidade ou etnia

10. Endereço residencial	11. Distrito do D.C . *(se residente)*	12. Número de telefone residencial

13. Endereço comercial	14. Cargo	15. Número de telefone comercial

16. Outros meios de contato com o reclamante *(telefone celular, número do pager, endereço de e-mail, endereço de amigos etc.)*	17. Natureza geral da ocorrência

18. Local da ocorrência	19. Distrito do DC da ocorrência *(onde ocorreu o incidente)*

20a. Dia da semana da ocorrência	20b. Data da ocorrência	20c. Hora da ocorrência	21. Testemunhas

22. Oficiais envolvidos *(nome, número do distintivo, distrito policial, se souber)*	23. Número do veículo do MPD/descrição

24. Descrição física do(s) oficial (ais) ***(cor de olhos e cabelo, altura, sexo, raça, etnia etc.)***

25a. Descrição dos ferimentos *(se houver)*	25b. Onde foi tratado *(nome do hospital, médico etc.)*

26. Preferência de idioma de comunicação ***(se diferente do inglês)***

27. Nome(s), número(s) de telefone ou informações de contato ***(de outras pessoas presentes durante a ocorrência, incluindo outros oficiais de polícia)***

RVA DL 7/01 ***(Favor continuar no verso)***

OCCR-1 (Verso)

Nome do reclamante - nome de família, primeiro nome, nome do meio	**Número de controle do OCCR** ***a ser preenchido por funcionário do OCCR***

28. Descreva a ocorrência:

Adicionar páginas se necessário **Número da página** **de** **páginas de descrição**

29. Certificação do reclamante

"Certifico que, no melhor de meu conhecimento e sob pena de perjúrio, as declarações deste são verdadeiras."

Assinatura do reclamante **Data**

30. Reclamante recebido por: ***a ser preenchido por funcionário do OCCR***	**31. Reclamante recebido por:** ***a ser preenchido por funcionário do OCCR***	**32. Ação tomada** ***a ser preenchido por funcionário do OCCR***