OFFICE OF THE COUNTY SHERIFF

Montgomery County Maryland

Maxwell C. Uy, Sheriff

50 Maryland Avenue

Rockville, Maryland 20850-2306

Forma de Queja

Informacion de Queja:			
Su Nombre: _____ (Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)			
Fecha de Nacimiento: / /	**Genero:** ☐ **Masculino** ☐ **Femenino**		**Raza:**
Direccion/Domicilo:			
Numero Telefonico:	**Domicilio ( ) -**	**Trabajo/Celular ( ) -**	
INFORMACION DE QUEJA:			
Fecha: / /	**Hora:** : **a.m./p.m.**	**Numero de Empleados/Officales Involucrados:**	
Direccion del Incidente:			
Datos de la Queja: (Por favor, describa brevemente lo que paso)			

S:\FORMS\MCSO104A-072710-Spanish Language Citizen Complaint Form.doc

INFORMACION DE LOS TESTIGOS:

Su Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Direccion/Domicillo:

Telefonos: **Domicillo ( ) -** **Trabajo ( ) -**

Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Direccion/Domicillo:

Telefonos: **Domicillo ( ) -** **Trabajo ( ) -**

Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Direccion/Domicillo:

Telefonos: **Domicillo ( ) -** **Trabajo ( ) -**

Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Direccion/Domicillo:

Telefonos: **Domicillo ( ) -** **Trabajo ( ) -**

INFORMACION ACERCA DE LOS OFICIALES O EMPLEADOS INVOLUCRADOS:

Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Numero de Identificacion)

Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Numero de Identificacion)

Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Numero de Identificacion)

Nombre _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Numero de Identificacion)

Afirmo solemnemente bajo pena de perjurio, que el contenido de la denuncia anterior es verdadero.

Su Firma: _____ **Fecha:** ___/___/___

Nomber del Empleado Reciviendo la Forma de Quejas:

_____ **Fecha:** ___/___/___

Distribution: **Original - Sheriff's Office** **Copy - To Complainant as receipt**