



FORMULARIO DE QUEJA

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

1. APELLIDO: NOMBRES:	2. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
3. DIRECCIÓN POSTAL: DIRECCIÓN FÍSICA SI ÉSTA ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN POSTAL:	4. TELF. CASA: TEL. TRABAJO: CELULAR: FAX: C./E.: RECADOS A: NOMBRE: NÚMERO TELEF.:
5. IDIOMA EN QUE PREFERE RECIBIR CORRESPONDENCIA	<input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> FRANCÉS
6. ¿ES USTED LA PERSONA INVOLUCRADA EN EL INCIDENTE QUE OCASIONA ESTA QUEJA? EN CASO NEGATIVO, SÍRVASE ESCRIBIR EL NOMBRE Y DETALLES DE CONTACTO DE LA PERSONA INVOLUCRADA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
7. SI LA RCMP LE DIO UN NÚMERO DE EXPEDIENTE EN RELACIÓN CON ESTE INCIDENTE, SÍRVASE ESCRIBIRLO	NÚM. DE EXPED. DE LA RCMP:
8. ¿FIRMÓ UNA QUEJA FORMAL EN RELACIÓN CON ESTE INCIDENTE CON LA RCMP? EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNDO Y DÓNDE FIRMÓ DICHA QUEJA?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿ENTRÓ USTED EN UN CONVENIO CON LA RCMP PARA LA RESOLUCIÓN INFORMAL DE LA QUEJA?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
9. SI USTED QUIERE QUE LA COMISIÓN Y LA RCMP SE COMUNIQUEN DIRECTAMENTE CON UN REPRESENTANTE LEGAL O ABOGADO EN VEZ DE USTED, SÍRVASE PROVEER EL NOMBRE COMPLETO Y LOS DETALLES DE CONTACTO DE DICHA PERSONA	
SI SOBREVIENTEN CAMBIOS EN SUS DETALLES DE CONTACTO ANTES DE LA DISPOSICIÓN DE SU QUEJA, SÍRVASE DAR PARTE DE ELLOS A LA COMISIÓN	

CIRCUNSTANCIAS DE LA QUEJA (PROPORCIONE TODOS LOS DETALLES POSIBLES)

10. FECHA DEL INCIDENTE: DÍA MES AÑO	PROVINCIA/TERRITORIO):
---	------------------------

13. DESCRIBA LESIONES PERSONALES
14. SI ALGUNA PERSONA FOTOGRAFÓ LAS LESIONES, SÍRVASE PROPORCIONAR EL NOMBRE DE ESA PERSONA
15. SI LAS LESIONES RECIBIERON TRATAMIENTO MÉDICO, SÍRVASE PROPORCIONAR EL NOMBRE DEL MÉDICO Y DE LA CLÍNICA U HOSPITAL
16. DESCRIBA TODA PRUEBA O DATOS EN APOYO DE SU QUEJA

DETALLES DE LA QUEJA

17. SÍRVASE DESCRIBIR EL INCIDENTE PROPORCIONANDO TODOS LOS DETALLES POSIBLES (SI ES NECESARIO, AGREGUE HOJAS ADICIONALES)	
18. ¿ QUÉ DESEA LOGRAR CON LA PRESENTE QUEJA?	
19. LA QUEJA CONCIERNE LA CONDUCTA DEL/DE LOS SIGUIENTES MIEMBROS DE LA RCMP (SI ES NECESARIO, AÑADA HOJAS ADICIONALES)	
NOMBRE Y RANGO:	DESTACAMIENTO:
NOMBRE Y RANGO:	DESTACAMIENTO:
NOMBRE Y RANGO:	DESTACAMIENTO:
20. TESTIGO(S) (PUEDE INCLUIR A MIEMBROS DE LA RCMP QUE NO SON OBJETO DE ESTA QUEJA) (SI ES NECESARIO, AGREGUE HOJAS ADICIONALES)	
APELLIDO:	DIRECCIÓN:
NOMBRES:	TELÉFONO:
PARENTESCO CON EL RECLAMANTE:	
APELLIDO:	DIRECCIÓN:
NOMBRES:	TELÉFONO:
PARENTESCO CON EL RECLAMANTE:	
<p>Nota: Con la entrega del Formulario de Queja usted autoriza a la Comisión de Quejas del Público contra la RCMP a recopilar información acerca de su persona. Dicha información será recopilada con el único fin de cumplir con el propósito de la parte VII de la Ley de la RCMP. El formulario de queja y toda información adicional pertinente podrá ser remitida a la RCMP para su investigación, de conformidad con el inciso 45.35(3) de la Ley de la RCMP. En consecuencia, un investigador de la RCMP podrá contactarlo para pedirle que preste una declaración.</p> <p>Esta información estará almacenada en el banco de información personal CRCC PPU 005 y usted tiene el derecho de acceso a ella en conformidad con la Ley de protección de la privacidad.</p>	

Proveemos servicios en inglés y francés. Hacemos disponibles en otros idiomas este folleto y nuestro formulario de queja así como servicios de interpretación.