

# Departamento de Policia del Capitolio de la Pensilvania



Suite 70E, Capitol East Wing, Harrisburg, Pennsylvania 17125

## Formulario de Queja de Personal GSPS-85



1. Por favor complete e imprima este formulario.
2. Pongase en contacto con la Oficina de Responsabilidad Profesionales del Departamento de Policia del Capitolio del Estado de PA al 717-346-9733 Para dar notificacion de que usted esta listo para formalizer su queja. El correc de voz esta disponible las 24 horas del tiempo, los 7 dias de la semana. Su llamada sera regreso a la oportunidad de la lista de oidos.
3. Despues de la notificacion de su queja formal, un investigador asignado para que programe una cita de entrevista. Traiga su forma a esta entrevista que se **firmara en presencia del investigador o que el formulario sea notariado** y enviado a la Oficina de Responsabilidad Profesionales, Suite 70 E, Capitol East Wing, Harrisburg, PA 17125.
4. Tenga en cuenta que el proceso de investigacion lleva tiempo. El investigador se pondra en contacto con periodicamente para actualizarlo en la investigacion. Tambien se le proporcionara informacion de contacto para el investigador en caso de que tenga alguna pregunta o preocupaciones. Al final del proceso de investigacion, recibira una carta indicando los resultados de la investigacion.

Esta seccion es solo para uso de la Oficina de Responsabilidad Profesional

Fecha de recepcion dela queja \_\_\_\_\_

Investigador: \_\_\_\_\_

Numero de telefono del investigador: \_\_\_\_\_

Caso administrativo: \_\_\_\_\_

# Departamento de Policia del Capitolio de la Pensilvania



Suite 70E, Capitol East Wing, Harrisburg, Pennsylvania 17125

## Formulario de Queja de Personal GSPS-85



### **Informacion De Contacto: (Por favor imprima)**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nombre: (Apellido, Primer, Segundo)

Direccion de Residencia: \_\_\_\_\_ Telefono # \_\_\_\_\_

Direccion de Empleo: \_\_\_\_\_ Telefono # \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Telefono alternativo # \_\_\_\_\_

### **Ubicacion Incidente: (Por favor imprima)**

Dia de La semana \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Ubicacion del Incidente \_\_\_\_\_

Reclamo contra las acciones de Los Empleados(s) de Oficina(s) Involucionados \_\_\_\_\_

### **Informacion Del Testigo:**

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Direccion de Residencia \_\_\_\_\_

# Departamento de Policia del Capitolio de la Pensilvania



Suite 70E, Capitol East Wing, Harrisburg, Pennsylvania 17125

## Formulario de Queja de Personal GSPS-85



### Resumen Del Incidente:

**Firma:**

**Nombre de imprimir:**

**Fecha:**

Verifico que los hechos expuestos en esta queja son verdaderos, correctos y completos a mi mejor conocimiento o informacion y creencia. Al firmar este formulario mi firm certifica la veracidad de mi declarcion.

\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

(Firma Del Autoritor)

Y Ahora, en este dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, certifico que la queja ha sido debidamente jurado ante mi.

\_\_\_\_\_  
(Notary Public) (Sello)