Port Townsend Police Department

COMMENDATION / COMPLAINT FORM

YOUR NAME *(NOMBRE)*	DATE OF BIRTH *(FECHA DE NACIMIENTO)*	DATE OF THIS REPORT *(FECHA DE ESTA DENUNCIA)*	
YOUR ADDRESS *(DIRECCIÓN)*	CITY *(CIUDAD)*	STATE *(ESTADO)*	ZIP CODE *(CODIGO POSTAL)*
EMAIL ADDRESS IF ANY *(CORREO ELECTRONICO SI TIENE)*	CELLULAR PHONE *(TELÉFONO CELULAR)*	HOME PHONE *(TELÉFONO PARTICULAR)*	

DATE AND TIME OF INCIDENT *(FECHA Y HORA DEL INCIDENTE)*	ADDRESS WHERE INCIDENT OCCURRED *(DIRECCIÓN DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE)*

NAME OF PERSON(S) YOU ARE COMMENDING OR COMPLAINING ABOUT, IF KNOWN *(NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTA MENCIONANDO EN FORME POSTIVA O QUEJANDO SI SE CONOCE)*

1.	2.
3.	4.

HAVE YOU REPORTED THIS TO OTHER OFFICERS? *(¿HA DENUNCIADO ESTO A OTROS OFICIALES?)* ☐ YES *(SÍ)* ☐ NO *(NO)*	IF SO, WHOM? *(SI LO HIZO, ¿A QUIÉN?)*

PERSONS WHO ACTUALLY SAW EVENT (INCLUDING SELF) *(PERSONAS QUE EN EFECTO VIERON EL EVENTO (INCLUYÉNDOSE A USTED MISMO))*

NAME *(NOMBRE)*	ADDRESS *(DIRECCIÓN)*	PHONE NO. *(NÚMERO DE TELÉFONO)*
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

PRINT SUMMARY OF OCCURRENCE: *(ESCRIBA UN RESUMEN DE LO OCURRIDO:)*

(USE OTHER SIDE) *(UTILICE EL REVERSO)*

PLEASE READ BEFORE SIGNING *(POR FAVOR LEA ANTES DE FIRMAR)*

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the information entered in this form is true and correct.

(Bajo pena de perjurio y según las leyes del estado de Washington, declaro que toda información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta.)

SIGNATURE OF DECLARANT *(FIRMA DE QUIEN HACE LA QUEJA)*

DATE AND PLACE SIGNED *(FECHA Y LUGAR FIRMADOS)*

Return in person or by mail to:
Port Townsend Police Department
Attn: Executive Assistant
1925 Blaine St, Ste 100
Port Townsend WA 98368

STATEMENT OF COMPLAINT – CONTINUED: *(DECLARACIDI DE LA QIJEJA – CONTINUADO:)*

PLEASE READ BEFORE SIGNING *(POR FAVOR LEA ANTES DE FIRMAR)*

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the information entered in this form is true and correct.
(Bajo pena de perjurio y según las leyes del estado de Washington, declaro que toda información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta.)

DATE AND PLACE SIGNED *(FECHA Y LUGAR FIRMADOS)*	SIGNATURE OF DECLARANT *(FIRMA DE QUIEN HACE LA QUEJA)*