



COMPLIMENT/COMPLAINT INFORMATION REPORT

The Amityville Village Police Department is committed to providing the highest quality police services to each and every member of the community and your input is important to us. If you have a compliment or a complaint concerning an APD employee, please do **ONE** of the following:

- Complete this form and submit it directly to the Amityville Police Headquarters, or fax it to (631) 264-7643
- Mail it to: Amityville Police Department, Chief of Police, 21 Ireland Place, Amityville, N.Y. 11701.
- Email it to: apdcomplaints@amityville.com

Check the appropriate category: Compliment Complaint Blotter # (if applicable) _____

Name: Last, First, M.I.	Date of Birth	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Address	Home Phone	
E-Mail address	Cell Phone	

Person Assisting (Interpreter, Representative)	Relationship	Contact Phone #
--	--------------	-----------------

If Applicable: Witness Name: Last, First M.I.	Home Phone
Address	Cell Phone

INCIDENT

Date of Incident	Time of Incident	Location of Incident
------------------	------------------	----------------------

EMPLOYEE INFORMATION (if known)

Rank/Title	Command	Shield	Name	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Plainclothes <input type="checkbox"/> Uniform	<input type="checkbox"/> On Foot <input type="checkbox"/> In Car	<input type="checkbox"/> Marked Car <input type="checkbox"/> Unmarked	License Plate #	Patrol Car #
Physical Description of Employee (eye color, hair color, approximate height and build, age, etc.)				

DESCRIPTION OF INCIDENT (please include as much detail as possible)

.....
Would you like a Police Department supervisor to contact you with regard to your comments? Yes No

Date: _____

Signature: _____



INFORME DE AGRADECIMIENTO/RECLAMO

El Departamento de Policía de Amityville Village se compromete a proporcionar servicios policiales de la mejor calidad a cada miembro de la comunidad y su opinión es importante para nosotros. Si usted tiene algún agradecimiento o reclamo en relación con un empleado del APD, opte por alguna de las siguientes opciones :

- Complete este formulario y envíelo directamente a APD Headquarters, o por fax al (631) 264-7643
- Envíelo por correo a: Amityville Police Department, Chief of Police, 21 Ireland Pl., Amityville, N.Y. 11701.
- Envíe un correo electrónico a: apdcomplaints@amityville.com

Seleccione la categoría correcta: Agradecimiento Reclamo RC N. ° (si corresponde) _____

Nombre: Apellido,nombre, inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección	Teléfono de la casa	
Dirección de correo electrónico	Teléfono celular	

Persona que asiste (Intérprete, Representante)	Relación	N. ° telefónico del contacto
--	----------	------------------------------

Si corresponde: Nombre del testigo: Apellido,nombre, inicial del segundo nombre	Teléfono de la casa
Dirección	Teléfono celular

INCIDENTE

Fecha del Incidente	Hora del Incidente	Lugar del Incidente
---------------------	--------------------	---------------------

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Rango/Título	División	Placa	Nombre	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Vestimenta de civil <input type="checkbox"/> Uniforme	<input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> En auto	N. ° de patrullero	<input type="checkbox"/> Credencial marcada <input type="checkbox"/> Sin marcar	N. ° de la placa
Descripción física de los empleados (color de ojos, color de cabello, contexture y alturas aproximadas, edad, etc.)				

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE (incluya toda la información que sea posible)

¿Le gustaría que un supervisor del Departamento de Policía se comunicara con usted por sus comentarios? Sí No

Fecha: _____

Firma: _____