

TELEPHONE
(609) 625-2700
(609) 965-2901

Egg Harbor City

Department of Public Safety

500 London Avenue,
Egg Harbor City, NJ 08215



Marcella Aylwin
Chief of Police

विभाग / एजेंसी _____

IA केस नंबर _____

आंतरिक मामलों को रिपोर्ट करने के लिए फार्म

रिपोर्ट करने वाला व्यक्ति (वैकल्पिक, लेकिन सहायक)

पूरा नाम _____

फोन _____ पसंदीदा?

पता (अपार्टमेंट #) _____

ई-मेल _____

शहर, राज्य, जिप _____

जन्म की तारीख _____

आरोप के अधीन अधिकारी (जो भी जानकारी है, उसे दें)

अधिकारी(ओं) का नाम _____

बैज नंबर _____

घटना स्थल _____

तारीख / समय _____

नीचे दिए गए स्थान में घटना का प्रकार (यातायात रोकना, सड़क मुठभेड़) और कथित आचरण के बारे में किसी भी जानकारी का वर्णन करें। आप अपनी प्रतिक्रिया देने के लिए अतिरिक्त पृष्ठों का उपयोग कर सकते हैं, और उसे इस दस्तावेज में संलग्न करें। यदि आप अधिकारी का नाम या बैज नंबर नहीं जानते हैं, तो पहचान करने के लिए कोई अन्य जानकारी प्रदान करें।

अन्य जानकारी

इसकी रपट कैसे की गई थी?

व्यक्तिगत रूप से फोन के माध्यम से पत्र के द्वारा ई-मेल से अन्य _____

कोई भौतिक साक्ष्य प्रस्तुत किया? हाँ नहीं यदि हाँ, तो वर्णन करें: _____

क्या घटना की रपट पहले की गई थी? हाँ नहीं यदि हाँ, तो वर्णन करें: _____

रपट प्राप्त करने वाले अधिकारी द्वारा पूरा किया जाएगा

शिकायत प्राप्त करने वाला अधिकारी

वैज नंबर

तारीख / समय

शिकायत की समीक्षा करने वाले पर्यवेक्षक

वैज नंबर

तारीख / समय