Illinois State Police
Complaint Against Department Member

	DII Number	Data Tego Raportu
Imię i Nazwisko Skarżącego (Proszę drukować)	Data Urodzenia	Social Security No.
Adres		Numer Telefonu Domowego
Pracodawca		Numer Telefonu Służbowego
Data I Godzina Zdarzenia	Adres w Którym Miał Miejsce Icydent	
Imię Osoby (Osób), Na Którą Narzekasz, Jeśli Są Znane 1.	2.	
3.	4.	
Czy Wcześniej Zgłosiłeś To Komuś? ☐ Yes ☐ No	Jeśli Tak, To Kto:	Data

Osoby, Które Faktycznie Widziały Wydarzenie (W Tym Ty)

Imię I Nazwisko	Adres	Numer Telefonu
	Dom	
	Biznes	
	Dom	
	Biznes	
	Dom	
	Biznes	
	Dom	
	Biznes	
	Dom	
	Biznes	

Wydrukuj Podsumowanie Zdarzenia Na Które Narzekasz:

Podsumowanie Ciąg Dalszy Po Drugiej Stronie

KONTYNUACJA PODSUMOWANIE

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Inicjały Skarżącego

Przeczytaj Przed Podpisaniem

- ☐ **Rozumiem, i to jest moje pragnienie, że zarzut ten należy zbadać pilnie. Oświadczam, że zarzuty zawarte w tej skarżą są prawdziwe.**
- ☐ **Rozumiem też, że umyślnie złożenie fałszywego zgłoszenia jest naruszeniem 720 ILC 5 / 26-1 (a) (4). W przypadku udowodnienia, że raport jest fałszywy, informacje mogą zostać przekazane prokuratorowi stanu w celu ewentualnego oskarżenia**
- ☐ **Skarżący w tej sprawie jest nieznany, niezdolny lub nie chce przysięgać. Informacje zawarte w tym dokumencie są prawdziwym i dokładnym podsumowaniem incydentów związanych ze mną przez skarżącego.**

Podpis Skarżącego

Podpis notariusza

Pieczątka

Podpis _____ **, został subskrybowany i przysięgał przede mną, ten** _____ **dzień** _____**, 20.**

Person Receiving Complaint:	ID No.	Place Taken:	Date:	Time:

DISTRIBUTION

Original direct to DII
First copy through channels to Deputy Director
Second copy investigative file

RECEIPT ACKNOWLEDGED	
Supervisor	
District Commander	
Area Commander	
Assistant Deputy Director	
Deputy Director	