



# CITY OF SUGAR LAND FIRE-EMS DEPARTMENT

## FORMA DE QUEJA

Para presentar una queja, complete todos los elementos de este formulario que describan brevemente el incidente que lo involucró a usted y a un oficial del Departamento de Bomberos-EMS (Servicios de Emergencia Médica) de Sugar Land. Este formulario debe ser notariado; El servicio notarial está disponible en las Oficinas de Administración de Bomberos. También puede enviar el formulario por correo a:



**Sugar Land Fire-EMS Department**  
**Administration Office – Fire Chief**  
**P. O. Box 110**  
**Sugar Land, TX 77487**

### INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Su Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Indio Americano

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Blanco

Teléfono: \_\_\_\_\_

Asiático

Trabajo/Otro número de teléfono: \_\_\_\_\_

Afroamericano

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Hispano/Latino

Otro

Sexo: Masculino  Femenina

### INFORMACIÓN DE INCIDENTE Y OFICIAL

Fecha del incidente: \_\_\_\_\_ Hora (A.M. o P.M.) \_\_\_\_\_ Sitio: \_\_\_\_\_

Nombre del oficial involucrado: \_\_\_\_\_ Número de insignia del oficial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Número de insignia del oficial: \_\_\_\_\_

Raza del Oficial, Etnicidad: \_\_\_\_\_

(1) Nombre del testigo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo/Otro número de teléfono: \_\_\_\_\_

(2) Nombre del testigo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo/Otro número de teléfono: \_\_\_\_\_

Use el espacio provisto al otro lado de este formulario para describir lo que ocurrió.

