



# Imperial County Sheriff's Office

328 Applestill Road El Centro, CA 92243

## Solicitud de reporte de crimen/incidente

El código de Gobierno 7923.600 - 7923.625 proporciona una lista de personas autorizadas que están autorizadas a recibir información de registros policiales de aplicación de la ley. Las tarifas correspondientes, si las hubiere, se pagarán antes de que se divulgue cualquier información.

La siguiente información (Por favor imprimir)

### DATOS IDENTIFICATIVOS DEL SOLICITANTE

|  |   |
|--|---|
| FECHA:                                   | AGENCIA DEL SOLICITANTE:  |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE:                  | FAX DE LA AGENCIA#:   |
| DIRECCIÓN:                               | CIUDAD: ESTADO: ZIP:  |
| TELÉFONO #:                              |   |
| LICENCIA DE CONDUCIR O IDENTIFICACIÓN #: | COPIA ADJUNTA : Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| MOTIVO DE LA SOLICITUD :                 |   |

### CLASSIFICACIÓN DEL SOLICITANTE (MARQUE UNO)

|                                   |   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|---|
| SUJETO: <input type="checkbox"/>  | REP JURIDICO DEL SUJETO/VICTIMA: <input type="checkbox"/> | COMPañIA DE SEGUROS: <input type="checkbox"/> | BAIL BONDSMAN: <input type="checkbox"/> |
| VICTIMA: <input type="checkbox"/> | PARTE IMPLICADA EN EL ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> | AGENCIA DE LA LEY : <input type="checkbox"/>  | OTRA: <input type="checkbox"/>          |
| TESTIGO: <input type="checkbox"/> | DUEÑO(A) DE PROPIEDAD DAÑADA: <input type="checkbox"/>    | AGENCIA DE GOBIERNO: <input type="checkbox"/> | PARENTESCO: <input type="checkbox"/>    |

### SUJETO/INFORMACIÓN (Puede escribir "Lo mismo" si el sujeto y solicitante son la misma persona)

|   |                      |      |
|---|----------------------|------|
| NOMBRE DEL SUJETO*:   | LICENCIA#:           | ID#: |
| FECHA DE NACIMIENTO /EDAD:  | Numero de Caso:      |      |
| Masculino: <input type="checkbox"/> Femenino : <input type="checkbox"/> | PARTE INFORMANTE:    |      |
| AGENCIA DE ARRESTO:   | FECHA DEL INCIDENTE: |      |
| UBICACIÓN DEL INCIDENTE:  | TIPO DE INCIDENTE:   |      |
| OTRO:   |                      |      |

### COPIA DE SEGURO

|                                       |                             |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| NOMBRE DEL SEGURO :                   |                             |
| NOMBRE DE LA REPRESENTANTE DE SEGURO: |                             |
| NOMBRE DEL ASEGURADO:                 | NUMERO DE PÓLIZA O RECLAMO# |

### MODO DE ENTREGA (MARQUE UNO)

(TENGA EN CUENTA QUE LAS SOLICITUDES SE PROCESARÁN NORMALMENTE EN 10 DÍAS)

|  |  |
|--|--|
| LEVANTAR EN PERSONA: <input type="checkbox"/>        | MANDAR POR CORREO A LA DIRRECCION ANTERIOR: <input type="checkbox"/> |
| MANDAR AL NUMERO DE FAX # : <input type="checkbox"/> | Mandar a esta dirección :  |

YO DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERDADERA Y CORRECTA

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

### SHERIFF'S OFFICE PERSONNEL USE ONLY

|   |  |  |
|---|--|--|
| FEE: \$22.00                                  | EXEMPT: YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | RECEIPT#:  |
| INFO RELEASED: NONE: <input type="checkbox"/> | CRIME / INCIDENT RPT: <input type="checkbox"/>                   | TRAFFIC ACCIDENT RPT: <input type="checkbox"/> OTHER: <input type="checkbox"/> |
| RECEIVED BY INITIALS:                         | LOGGED BY INITIALS:  |  |
| COMPLETED BY (NAME):                          | DATE COMPLETED:  |  |
| REPORTING OFFICER:                            | ASSIGNED INVESTIGATOR  |  |

#### WOULD RELEASING THIS REPORT:

- ENDANGER THE SAFETY OF A WITNESS OR OTHER INVOLVED PERSON? YES  NO
- ENDANGER THE SUCCESSFUL COMPLETION OF INVESTIGATION? YES  NO
- REVEAL A CONFIDENTIAL INFORMANT? YES  NO

SIGNATURE OF OFFICER / INVESTIGATOR: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

