

نحوه آغاز پروسه شکایت شهروندان

وجود یک رابطه اعتماد و اطمینان بین اعضای اداره پلیس و جامعه در راستای اجرای کارآمد قانون امری است ضروری. از این رو به منظور تداوم این رابطه، اعتماد عمومی در توانایی و تمایل اداره پلیس برای تحقیق و مورد داوری قراردادن اتهامات سوءرفتار بر علیه پرسنل خود باید حفظ شود.

هرگاه یکی از پرسنل اداره پلیس Everett در مظان اتهام رفتار ناشایست قرار می‌گیرد، فرم شکایت شهروندان باید پر شود. این موارد شامل و نه محدود به اتهام رفتار غیرقانونی، غیراخلاقی یا غیرحرفه‌ای است.

در صورت امکان، فرم شکایت شهروندان باید دربرگیرنده هویت کلیه اشخاص دخیل در رویداد مورداتهام شامل افسر/افسران، شاهدان و غیره باشد. این فرم همچنین باید مورد یا موارد خاص سوءرفتار که شکایت در مورد آن انجام می‌شود را شامل شود؛ منجمله تاریخ و ساعت وقوع سوءرفتار و مکانی مربوطه. فرم شکایت شهروندان باید به صورت دقیق و کامل پر شده و ظرف **مدت 30 روز پس از دریافت** به اداره پلیس Everett بازگردانده شود. نگرانی‌های شما مورد تحقیق قرار گرفته و نتیجه تحقیقات کتبی به شما اطلاع داده خواهد شد.

اتهامات اثبات شده می‌تواند منجر به پیامدهای جدی از جمله توبیخ‌های شفاهی و یا کتبی، تعلیق، و یا حتی انفصال از خدمت پرسنل مربوطه منجر شود. در نتیجه، پرسنل اداره پلیس Everett در برابر اتهامات کذب و یا شکایت از روی عناد موردحفاظت قرار می‌گیرند. شکایاتی که کذب و یا از روی عناد تشخیص داده شوند ممکن است مجازات کیفری یا مدنی شاکیان را به دنبال داشته باشد.

فرم‌های شکایت شهروندان تکمیل شده باید امضاء شده با درج تاریخ به اداره پلیس Everett برگردانده شوند. این کار را می‌توان در طول ساعات کاری عادی انجام داد. همچنین فرم را می‌توانید به این آدرس ارسال کنید:
Everett Police Department, Office of Professional Standards, 3002 Wetmore Avenue,
Everett, WA 98201

چنانچه سؤالی دارید، از طریق این شماره تلفن با اداره استانداردهای حرفه‌ای تماس بگیرید: 425-257-8555.

با سپاس،

DAN TEMPLEMAN

رئیس پلیس

فرم شکایت شهروندان اداره پلیس Everett

نام شاکی	تاریخ تولد	شماره تلفن منزل
آدرس شاکی	تلفن محل کار/موبایل/پیغامگیر	
نام شاهد	تاریخ تولد	شماره تلفن منزل
آدرس شاهد	تلفن محل کار/موبایل/پیغامگیر	
تاریخ و ساعت وقوع رویداد	مکان وقوع رویداد	شماره رویداد یا واقعه (چنانچه مشخص است)
پرسنل دخیل در رویداد (چنانچه مشخص است)		دیگر پرسنل دخیل در رویداد

رویداد را با ذکر جزئیات منجمله نام سایر شاهدان، افسر یا پرسنل و موارد دیگر شرح دهید.

با آگاهی از مجازات‌های مقرر برای شهادت کذب تحت قانون ایالت واشنگتن (R.C.W. Title 9A.72) بدینوسیله گواهی می‌دهم/اعلام می‌نمایم که اظهارات فوق حقیقت و صحت داشته و هیچگونه تهدید، وعده یا رشوه‌ای در ارتباط با اظهارات من انجام نشده است.

امضاء شاگرد تاریخ		امضاء تاریخ	
ناظر/ افسر اداری دریافت‌کننده شکایت		پرسنلی شماره	تاریخ
به محض دریافت فرم شکایت شهروندان تکمیل‌شده، آنرا به OPS اصلی بفرستید			

OPS USE ONLY

OPS NO.	ASSIGNED TO	RCVD BY	OPS RCVD ON
---------	-------------	---------	-------------

A340-PD

تاریخ بازبینی: 2001/2