



STATE OF CONNECTICUT

DEPARTMENT OF REVENUE SERVICES

Ciudadano Formulario de Queja

Por favor, complete este formulario y llévelo a un supervisor en el Department of Revenue Services o lo puede mandar por el correo o correo electrónico a la Oficina del Jefe de la División de Impuestos (Office of the Tax Division Chief) de Department of Revenue Services. La dirección es: Tax Division Chief, Department of Revenue Services, 450 Columbus Boulevard, Hartford, Connecticut 06103. Email: Scot.Anderson@po.state.ct.us

Date of Incident (Fecha del Incidente)	Time of Incident (Hora del Incidente)	Date Reported (Día denunciado)	Time Reported (Hora denunciado)												
Location of Incident (Dirección donde ocurrió el incidente)															
Complainant's Name (Su Nombre)		Complainant's Address (Su Dirección: Calle, Ciudad, Estado, código postal)													
Complainant's DOB (fecha de nacimiento)	Complainant's Home Phone # (su # de teléfono)	Complainant's Work Phone# (Su # teléfono en el empleo)													
Complainant's Cell Phone# (Su número Celular)		Complainant's E-mail (Su Correo Electrónico)													
Employer (Empleador)		Occupation (Ocupación)													
Employer's Address (Dirección de su empleador)		Employer's Telephone (Teléfono de su empleador)													
Name of Person Assisting Complainant (Nombre de la persona ayudándole)	Address (Dirección de la persona ayudándole)	Telephone (Teléfono)													
Employee Complained about (if known): (Name or physical description, Badge #, Car #, etc.) (El nombre de la persona (s) en quien tienes la queja o si no una descripción, número de placa, numero del carro).															
Witness Information (Name, D.O.B., Address, Telephone #, etc.) Información de los testigos: Nombre, fecha de nacimiento, teléfono).															
Por Favor conteste las siguientes preguntas: 1. ¿En tu conocimiento, este incidente o parte del mismo, fue grabado en vídeo o de audio? 2. ¿Tú tienes miedo por tu seguridad o la seguridad de otra persona, por cualquier razón o de resultado de hacer esta queja? 3. ¿Alguna persona te ha amenazado o tratado de intimidarte en un esfuerzo de evitarle que hagas esta queja?			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">YES/SI</th> <th style="width: 33%;">NO/NO</th> <th style="width: 33%;">UNSURE/ No estoy seguro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	YES/SI	NO/NO	UNSURE/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YES/SI	NO/NO	UNSURE/ No estoy seguro													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													

