

PAB 投訴表格*

提交的所有投訴由合規與政策辦公室收取

投訴人資料

姓 名

郵寄地址

主要電話號碼

其他電話號碼

電子郵箱地址

年齡

性別

種族

如果您由於本次事件受到任何傷害，請在此處描述：

事件敘述

事件日期

事件時間

指控的侵犯行為發生在 UC 戴維斯分校的哪個地點？

- UC 戴維斯分校 - 主校區
- UC 戴維斯分校 - 醫學中心

指控的侵犯行為發生在主校區或醫學中心兩個地點當中的哪一個或附近？

請描述您的投訴依據的事件。務必包括引起您投訴的事件的詳細事實描述。*

指控： 請勾選您認為適用的指控（指控由 PAB 職員最終認定）。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 不禮貌（辱罵或淫穢語言，不提供資訊，不回應） | <input type="checkbox"/> 不當員警拖車 |
| <input type="checkbox"/> 歧視（基於殘障、性別、國籍、人種或種族及/或宗教的偏見待遇） | <input type="checkbox"/> 不當搜查（住宅、人身或車輛） |
| <input type="checkbox"/> 騷擾（透過反覆接觸的持續、故意煩擾） | <input type="checkbox"/> 不當扣押（人身、財產或車輛） |
| <input type="checkbox"/> 不當逮捕 | <input type="checkbox"/> 不當使用暴力（不當身體接觸；使用警棍、槍支、手銬、釘頭錘、辣椒噴霧劑等）；不必要的展示槍支 |
| <input type="checkbox"/> 不當援引 | <input type="checkbox"/> 不充分或不適當的調查（不調查或製作員警報告；虛假或不當的員警報告） |
| <input type="checkbox"/> 不當拘留 | <input type="checkbox"/> 其他 |
| <input type="checkbox"/> 不當員警程序（損壞、沒收或不歸還財產；不表明自己身份或者沒有明顯的徽章，並且/或者進行虛假陳述） | |

警官資料

徽章資訊（如已知）

警官姓名（如已知）

警官性別： _____

指明警官的特徵（如果不知道徽章號碼和/或姓名）：

見證人資料

見證人姓名

見證人地址（如適用）

見證人電子郵箱

見證人電話（如適用）

證明

請勾選確認您已閱讀、理解和同意以下陳述，並在下方簽名並註明日期：

您有權對警官或不當員警行為提出投訴。加州法律要求本機構有調查公民投訴的程序。您有權獲得該程序的書面說明。本機構可在調查後認定沒有足夠證據表明有必要就您的投訴採取行動；即使事實如此，如果您認為警官行為不當，您有權提出投訴並要求進行調查。本機構必須將公民投訴及投訴相關的任何報告或調查結果保存至少五年。*

* 本投訴表格根據《刑法典》第 832.5 款規定的程序制定

簽名

日期