

# DEPARTAMENTO DE POLICIA DE CHELSEA

19 Park St. Chelsea, Mass. 02150  
(617466-4802 or (617)466-4801 (FAX) (617) 466-4851

## FORMULARIO PARA SOLICITAR COPIAS DE REPORTES DE POLICIA

Este formulario debe ser llenado por todo sujeto que desee recibir copias de reportes de policia en el Departamento de Policia de Chelsea . Pago completo ya sea en efectivo o giro, debera ser recibido antes de que se le entreguen los reportes, y **“ninguna copia de reporte de accidentes podra ser entregada hasta que todas las personas involucradas en el accidente llenen los formularios correspondientes en este departamento.”**

### SI SE LE ENVIA EL REPORTE:

El costo por copia de reportes de accidente es de \$5.00 por las primeras (6) paginas. El costo por cualquier otro reporte es de \$1.00 por pagina. El formulario lleno debe presentarse al Departament con la tarifa requerida luego se preparara y enviara la copia solicitada. Por lo general cinco (5) dias despues de haber recibido el formulario.

### SI RECOGE EL REPORTE PERSONALMENTE

Reportes recogidos en el Cuartel de Policia, incluyendo reportes de accidente, le cuestan \$.50 por pagina (un lado solamente) . Traiga en persona o envíe por correo este formulario completo, con la tarifa apropiada, al Departamento de Records, durante horas de trabajo (Lunes, Miercoles & Jueves de 8:30am a 4:00pm, Martes de 8:30am a 7:00pm y Viernes de 8:30am a 12:00pm ) y la copia puede ser recogida en el Departamento de Records , en un periodo de diez (10) dias habiles luego de recibir este formulario.

1) DESEA RECOGER EL REPORTE EN PERSONA O QUIERE QUE SE LE ENVIE? \_\_\_\_\_

2) QUE CLASE DE REPORTE NECESITA?  
( ACCIDENTE— INCIDENTE ---- OFENSA ---- REGISTRO

3) FECHA CUANDO OCURRIO EL INCIDENTE: \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_

4 INFORMACION SOBRE LA PERSONA QUE ESTA SOLICITANDO ESTE FORMULIO

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD/PUEBLO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

5) PERSONA INVOLUCRADA EN EL INCIDENTE:

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD/PUEBLO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

### PARA USO DEL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE RECORDS

TARIFA PAGADA \$ \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ RECIBIDO POR: \_\_\_\_\_