



METROPOLITAN POLICE DEPARTMENT – POLICE MÉTROPOLITAINE | WASHINGTON, DC

FORMULAIRE POUR LES COMMENTAIRES DES HABITANTS

Comme agence gouvernementale chargée de la protection du public et du respect de la loi, la police métropolitaine tient à assurer le meilleur service possible à la population. Nous apprécions les commentaires du public pour nous aider à atteindre cette qualité de service. Vos commentaires – positifs ou négatifs – nous aident à savoir où

nous atteignons nos objectifs et où nous devons faire plus d'efforts pour améliorer les services que nous fournissons aux centaines de milliers de résidents et visiteurs que nous rencontrons chaque année. Si vous déposez une plainte, vous pouvez choisir de le faire anonymement et nous ferons de notre mieux pour enquêter sur l'incident.

Décrivez-nous la rencontre ou l'incident

DATE D'AUJOURD'HUI	DISTRICT DE POLICE (OU LIEU DE L'INCIDENT SI VOUS NE CONNAISSEZ PAS LE DISTRICT)
<input type="checkbox"/> ÉLOGE	<input type="checkbox"/> PLAINTÉ
DATE DE L'INCIDENT	HEURE DE L'INCIDENT

Renseignements personnels

NOM DU DÉCLARANT (NOM, PRÉNOM, 2 ^E PRÉNOM)			
ADRESSE DU DOMICILE			N° APT/SUITE
VILLE		ÉTAT	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	TRAVAIL	PORTABLE	COURRIER ÉLECTRONIQUE

Décrire l'éloge ou la plainte

NATURE DE L'ÉLOGE OU DE LA PLAINTÉ. DÉTAILLER DANS L'ESPACE FOURNI ET/OU AU VERSO.

MEMBRES DE LA POLICE CONCERNÉS DANS L'ESPACE SUIVANT. VEUILLEZ FOURNIR LE NOM, LE RANG/LA FONCTION, NUMÉRO DE BADGE ET DE VÉHICULE (SI VOUS LE CONNAISSEZ) DES MEMBRES DE LA POLICE IMPLIQUÉS DANS L'INCIDENT OU LA RENCONTRE.

NOM DU MEMBRE DE LA POLICE A	RANG/FONCTION	RACE	SEXE
N° DE BADGE	N° DE VÉHICULE	MARQUE ET MODÈLE DU VÉHICULE	COULEUR DU VÉHICULE
NOM DU MEMBRE DE LA POLICE B	RANG/FONCTION	RACE	SEXE
N° DE BADGE	N° DE VÉHICULE	MARQUE ET MODÈLE DU VÉHICULE	COULEUR DU VÉHICULE
NOM DU MEMBRE DE LA POLICE C	RANG/FONCTION	RACE	SEXE
N° DE BADGE	N° DE VÉHICULE	MARQUE ET MODÈLE DU VÉHICULE	COULEUR DU VÉHICULE

TÉMOINS DANS L'ESPACE CI-DESSOUS, VEUILLEZ INDIQUER LE NOM, L'ADRESSE ET LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE TOUT TÉMOIN DE L'INCIDENT (LE CAS ÉCHÉANT)

NOM DU TÉMOIN	ADRESSE (<input type="checkbox"/> DOMICILE OU <input type="checkbox"/> TRAVAIL)	N°S DE TÉLÉPHONE (DOMICILE, TRAVAIL, PORTABLE)	COURRIER ÉLECTRONIQUE
NOM DU TÉMOIN	ADRESSE (<input type="checkbox"/> DOMICILE OU <input type="checkbox"/> TRAVAIL)	N°S DE TÉLÉPHONE (DOMICILE, TRAVAIL, PORTABLE)	COURRIER ÉLECTRONIQUE
NOM DU TÉMOIN	ADRESSE (<input type="checkbox"/> DOMICILE OU <input type="checkbox"/> TRAVAIL)	N°S DE TÉLÉPHONE (DOMICILE, TRAVAIL, PORTABLE)	COURRIER ÉLECTRONIQUE

Type d'éloge

FAITES AUTANT DE CHOIX QUE NÉCESSAIRE. INDIQUEZ LE MEMBRE DE LA POLICE CONCERNÉ POUR CHAQUE TYPE EN INDIQUANT LA LETTRE CORRESPONDANTE À CÔTÉ DE LEUR NOM. FOURNISSEZ PLUS DE DÉTAILS DANS UN EXPOSÉ NARRATIF AU VERSO.

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> COURTOISIE | <input type="checkbox"/> CONNAISSANCE DE SON TRAVAIL | <input type="checkbox"/> RÉOLUTION DES PROBLÈMES DE LA COMMUNAUTÉ | <input type="checkbox"/> ASSISTANCE AU(X) GROUPE(S) CIVIQUE(S) |
| <input type="checkbox"/> PROFESSIONNALISME | <input type="checkbox"/> ASSISTANCE À LA FAMILLE | <input type="checkbox"/> SUIVI APRÈS L'INTERVENTION | <input type="checkbox"/> AIDE EN MATIÈRE DE DIRECTIONS/D'ORIENTATION |
| <input type="checkbox"/> AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER DANS L'ESPACE CI-DESSOUS ET CONTINUER AU VERSO SI NÉCESSAIRE) | | | |

Type de plainte

FAITES AUTANT DE CHOIX QUE NÉCESSAIRE. INDIQUEZ LE MEMBRE DE LA POLICE CONCERNÉ POUR CHAQUE TYPE EN INDIQUANT LA LETTRE CORRESPONDANTE À CÔTÉ DE LEUR NOM. FOURNISSEZ PLUS DE DÉTAILS DANS UN EXPOSÉ NARRATIF AU VERSO. AJOUTEZ DES FEUILLES SUPPLÉMENTAIRES SI NÉCESSAIRES.

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> MANQUE DE COURTOISIE | <input type="checkbox"/> N'À PAS PRIS LES MESURES NÉCESSAIRES | <input type="checkbox"/> ARRESTATION ILLÉGALE | <input type="checkbox"/> UTILISATION ABUSIVE D'UN VÉHICULE DE POLICE |
| <input type="checkbox"/> INFRACTION DU CODE DE LA ROUTE | <input type="checkbox"/> FORCE EXCESSIVE | <input type="checkbox"/> HARCÈLEMENT | <input type="checkbox"/> NON-RESPECT DE L'OBLIGATION DE PORTER UN BADGE OU MONTRER SES PIÈCES D'IDENTITÉ |
| <input type="checkbox"/> DISCRIMINATION | <input type="checkbox"/> REPRÉSAILLES POUR DÉPÔT DE PLAINTÉ | <input type="checkbox"/> AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER DANS L'ESPACE CI-DESSOUS ET CONTINUER AU VERSO SI NÉCESSAIRE) | |



FORMULAIRE POUR LES COMMENTAIRES DES HABITANTS

Résumé détaillé dans l'espace ci-dessous. VEUILLEZ DÉCRIRE EN DÉTAIL VOTRE RENCONTRE AVEC LE OU LES MEMBRES DE LA POLICE INDIQUÉS EN TÊTE DU FORMULAIRE.

Lined area for writing a detailed summary of the encounter.

Attestation d'authenticité

Je soussigné(e) certifie qu'à ma connaissance, les informations contenues dans le présent formulaire sont véridiques et exactes.

Avis : TOUTE FAUSSE DÉCLARATION EST PASSIBLE DE SANCTIONS PÉNALES (CODE DE DC, §5-117.05)

SIGNATURE DU DÉCLARANT / SUBMITTER'S SIGNATURE

DATE / DATE

POUR USAGE OFFICIEL DU MPD UNIQUEMENT – NE PAS ÉCRIRE EN-DESSOUS DE CETTE LIGNE (MPD OFFICIAL USE ONLY)

REPORT RECEIVED BY

NAME	RANK	CAD NO.	DATE/TIME	CCN	IS NUMBER
------	------	---------	-----------	-----	-----------

Pour toute question relative à ce questionnaire, veuillez contacter la division des affaires internes au **(202) 724-4482**.