



SANTA BARBARA POLICE DEPARTMENT

SOLICITUD de REPORTE

215 E. Figueroa Street, Santa Barbara, CA 93101
805-897-2355 805-897-2434 (fax)



EL PERSONAL DE POLICÍA TIENE EL DERECHO DE NEGAR EL ACCESO A LOS REGISTROS SI EL SOLICITANTE NO ESTABLECE SATISFACTORIAMENTE SU IDENTIDAD Y / O EL DERECHO DE ACEDER A DICHOS REGISTROS (Sección del Gobierno de California 6254(f)). LOS CASOS REFERIDOS A LA OFICINA DE LA FISCALÍA QUE ESTÁN EN REVISIÓN Y EN ESPERA DE UNA DISPOSICIÓN, NO SERÁN ADQUIRIDOS A TRAVÉS DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA. EL NÚMERO DE TELÉFONO DEL ABOGADO DEL DISTRITO DEL CONDADO DE SANTA BARBARA ES 805-568-2300. LOS CASOS ACTUALMENTE BAJO INVESTIGACIÓN POR SBPD NO SERÁN ENTREGADOS.

Caso # _____ [] Accidente de Tráfico [] Reporte Criminal [] Reporte de Arresto

Nombre del Solicitante/Agencia y Numero de Teléfono: _____

Para recibir un reporte por correo electrónico en lugar de una copia impresa, proporcione una dirección de correo electrónico. Un correo electrónico de confirmación se enviará antes del correo electrónico con su informe, debe responder al correo electrónico con la contraseña para recibir el reporte por correo electrónico:

Por favor seleccioné método de regreso para su reporte.

Email Fax Correo En persona SBPD _____

Si se desconoce el número de caso, llene la siguiente información:

Nombre(s) de Personas involucrada (si es diferente al solicitante) _____

Fecha/Hora del Incidente _____

Locación del Incidente _____

YO DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO (Sección del Código Penal de California 118(a)) QUE (**Marque uno**):

- [] CERTIFICO QUE SOY LA PARTE DE INTERÉS INDICADA A CONTINUACIÓN
[] REPRESENTO A LA PARTE DE INTERÉS (se requiere renuncia firmada)

ACCIDENTE DE TRÁFICO (Sección del Código Vehicular de California 20012)

- [] Conductor [] Agente de Seguros
[] Herido(a) [] Abogado para la persona involucrada
[] Dueño(a) del vehículo [] Padre/Madre de menor involucrado
[] Dueño(a) de la propiedad dañada [] Otro _____

CRIME:

- [] Victima [] Padre/Guardián de la Víctima
[] Agente de Seguros [] Abogado de la Víctima
[] Representante para agencias de la ley / Agencia de justicia penal :Nombre _____
[] Otro _____

ARREST:

- [] Acusado(a) (Solo casos cerrados /adjudicados) [] Abogado para el Acusado
[] Padre/Guardián del acusado [] Público en General (reporte completo no disponible)
[] Representante para agencias de la ley / Agencia de justicia penal: Nombre _____
[] Otro _____

El signatario a continuación asume toda la responsabilidad por la información recibida e incurrirá en todas las sanciones por la difusión del informe y la información recibida a cualquier persona no autorizada. Acepto pagar todas las tarifas y cargos aplicables por los registros que solicité (20 centavos por página imprimida)

Firma _____

Fecha _____

Records Use Only

Request Received: Date: _____ By: _____ ID# _____

Identification confirmed: YES or NO Date: _____ By: _____ ID# _____

Email address confirmed: YES or NO Date: _____ By: _____ ID# _____

Received reply with password: Yes or No Date: _____ By: _____ ID# _____

Released: Email, Fax, Mail or Counter Date: _____ By: _____ ID# _____

Denied: Date: _____ By: _____ ID# _____ REASON: _____

Supervisor Ext. Date: _____ Supervisor ID#: _____