



**SANTA CLARA COUNTY SHERIFF'S OFFICE
RECORDS DIVISION – FORMULARIO DE SOLICITUD DE INFORME**

www.countysheriff.sccgov.org

Email: cpradesk@shf.sccgov.org

HEADQUARTERS 55 WEST YOUNGER AVENUE SAN JOSE, CALIFORNIA 95110 (408) 808-4705 (408) 808-4730 FAX	WEST VALLEY SUBSTATION (REPORTES DE TRAFFICO) 1601 SOUTH DE ANZA BLVD. #148 CUPERTINO, CALIFORNIA 95014 (408) 868-6600 (408) 868-6641 FAX	SOUTH COUNTY SUBSTATION 80 WEST HIGHLAND AVENUE, BLDG K SAN MARTIN, CA 95046 (408) 686-3650 (408) 686-3696 FAX
---	--	---

Sección 7923.600-625 del Código de Gobierno de Cal. rige la divulgación de registros de quejas e investigaciones realizadas por el Departamento del Sheriff. Estos registros no se divulgarán si la divulgación pusiera en peligro la seguridad de un testigo u otra persona involucrada en la investigación o si pusiera en peligro la finalización exitosa de la investigación o investigaciones relacionadas. Además, si se divulgan los registros, la información contenida en estos registros puede estar protegida por las leyes estatales y federales y no se divulgará. Puede ocurrir una demora en el procesamiento de su solicitud esta incompleta, ilegible, y/o si hay menores involucrados. Se le notificará por teléfono de cualquier tarifa. **Se requiere una identificación adecuada.**

FECHA		NUMERO DE REPORTE/CASO	
<input type="checkbox"/> VICTIMA	<input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> PADRE O TUTOR DE MENOR DE 18 AÑOS Nombre del Juvenil _____	<input type="checkbox"/> REPRESENTE AUTORIZADO <input type="checkbox"/> ABOGADO(A) <input type="checkbox"/> ASEGURANZA *Adjunte Prueba de Representacion* Persona Representada _____

SU NOMBRE:

DIRECCION:

CIUDAD / ESTADO / CODIGO POSTAL:

NUMERO DE TEL.

TIPO DE INCIDENTE	FECHA DEL INCIDENTE	LOCALIDAD DEL INCIDENTE
-------------------	---------------------	-------------------------

RAZON POR SOLICITAR LA INFORMACION (OPCIONAL):

Opciones de Entrega: Recojer en Persona Correo Postal Estandar ***Reportes no son enviados por correo electronico***

Certifico que estas declaraciones son verdaderas. La información solicitada no será utilizada maliciosa o inútilmente para acosar, degradar o humillar a ninguna persona.

FIRMA:	FECHA:
---------------	---------------

SHERIFF'S OFFICE USE ONLY

RECEIVED BY BADGE #	ID VERIFIED: <input type="checkbox"/> YES	REQUESTOR'S DOB:
----------------------------	--	-------------------------

INVESTIGATIONS

APPROVED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	SIGNATURE	DATE
--	------------------	-------------

DENIAL REASON GC7923.600-625 FAM Code 6228 PC11167.5 – Child Abuse WI15633 – Elder/Dependent Adult Abuse WI827 - TNG Order – Juvenile

COMMENTS:

RECORDS

DATE DUE:	RESTRICTED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO JUV COURT NEEDED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO QUALIFIES UNDER FAM 6228 <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DATE SENT FOR REVIEW:	DATE RETURNED:
------------------	--	------------------------------	-----------------------

COMMENTS:

REDACTED BY:	NO. PAGES RELEASED:	AMOUNT DUE:
---------------------	----------------------------	--------------------

RELEASED BY:	<input type="checkbox"/> FRONT COUNTER PICK UP <input type="checkbox"/> MAILED <input type="checkbox"/> VIA PHONE <input type="checkbox"/> OTHER	DATE:
---------------------	---	--------------