



IMPERIAL COUNTY SHERIFF' OFFICE

P.O. BOX 1040 - 328 APPLESTILL ROAD

EL CENTRO, CALIFORNIA 92243-1040

(442) 265 2125

SOLICITUD PARA REPORTE DE POLICIA

El código de Gobierno 7923.600 - 7923.625 proporciona una lista de personas autorizadas que estan autorizadas a recibir información de registros policiales de aplicación de la ley. Las tarifas correspondientes, si las hubiere, se pagarán antes de que se divulgue cualquier información.

La siguiente información (Por favor imprimir)

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL SOLICITANTE

FECHA:	AGENCIA DEL SOLICITANTE:
NOMBRE DEL SOLICITANTE:	FAX DE LA AGENCIA#:
DIRECCIÓN:	CIUDAD: ESTADO: ZIP:
TELÉFONO #:	
LICENCIA DE CONDUCIR O IDENTIFICACIÓN #:	COPIA ADJUNTA : Sí ☐ NO ☐
MOTIVO DE LA SOLICITUD :	

CLASSIFICACIÓN DEL SOLICITANTE (MARQUE UNO)

SUJETO: ☐	REP JURIDICO DEL SUJETO/VICTIMA: ☐	COMPañIA DE SEGUROS: ☐	BAIL BONDSMAN: ☐
VICTIMA: ☐	PARTE IMPLICADA EN EL ACCIDENTE: ☐	AGENCIA DE LA LEY : ☐	OTRA: ☐
TESTIGO: ☐	DUEÑO(A) DE PROPIEDAD DAÑADA: ☐	AGENCIA DE GOBIERNO: ☐	PARENTESCO: ☐

SUJETO/INFORMACIÓN (Puede escribir "Lo mismo" si el sujeto y solicitante son la misma persona)

NOMBRE DEL SUJETO*:	LICENCIA#:	ID#:
FECHA DE NACIMIENTO /EDAD:	Numero de Caso:	
Masculino: ☐ Femenino : ☐	PARTE INFORMANTE:	
AGENCIA DE ARRESTO:	FECHA DEL INCIDENTE:	
UBICACIÓN DEL INCIDENTE:	TIPO DE INCIDENTE:	
OTRO:		

COPIA DE SEGURO

NOMBRE DEL SEGURO :	
NOMBRE DE LA REPRESENTANTE DE SEGURO:	
NOMBRE DEL ASEGURADO:	NUMERO DE PÓLIZA O RECLAMO#

MODO DE ENTREGA (MARQUE UNO)

(TENGA EN CUENTA QUE LAS SOLICITUDES SE PROCESARÁN NORMALMENTE EN 10 DÍAS)

LEVANTAR EN PERSONA: ☐	MANDAR POR CORREO A LA DIRRECCION ANTERIOR: ☐
MANDAR AL NUMERO DE FAX # : ☐	Mandar a esta dirección :

YO DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERDADERA Y CORRECTA

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

SHERIFF'S OFFICE PERSONNEL USE ONLY

FEE: \$22.00	EXEMPT: YES ☐ NO ☐	RECEIPT#:
INFO RELEASED: NONE: ☐	CRIME / INCIDENT RPT: ☐	TRAFFIC ACCIDENT RPT: ☐ OTHER: ☐
RECEIVED BY INITIALS:	LOGGED BY INITIALS:	
COMPLETED BY (NAME):	DATE COMPLETED:	
REPORTING OFFICER:	ASSIGNED INVESTIGATOR	
WOULD RELEASING THIS REPORT:		
1. ENDANGER THE SAFETY OF A WITNESS OR OTHER INVOLVED PERSON?	YES ☐	NO ☐
2. ENDANGER THE SUCCESSFUL COMPLETION OF INVESTIGATION?	YES ☐	NO ☐
3. REVEAL A CONFIDENTIAL INFORMANT?	YES ☐	NO ☐
SIGNATURE OF OFFICER / INVESTIGATOR: _____	DATE: _____	

