



Oficina del Sheriff Condado de Monterey
 1414 Natividad Road
 Salinas, CA 93906
 831-755-3700



¹Solicitud para Obtener Información

CIRCULE EL TIPO DE DOCUMENTO QUE SOLICITA:

<i>Antecedentes Penales</i>	<i>Reporte de Incidente</i>	<i>Orden de Arresto</i>	<i>Otro</i>
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------	-------------

Nombre de la Victima o Propietario: _____

Número de Licencia: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha y Hora en que Ocurrió: _____

Número del Reporte (si lo sabe): _____

Lugar del Incidente: _____

Nombre del Solicitante y/o Agencia: _____

Número de teléfono: _____ Número de Fax: _____

Domicilio Donde la Información Puede Sé Enviada:

Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

PARTIDO DE INTERES (MARQUE UNO)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Persona Involucrada – Victima, Conductor, Pasajero, Peatón | <input type="checkbox"/> Representante de Agencie de Suguro o Agencia Ajustadora |
| <input type="checkbox"/> Propietario | <input type="checkbox"/> Abogado |
| <input type="checkbox"/> Persona Autorizada (WRITTEN AUTHORIZATION IS REQUIRED) | <input type="checkbox"/> Otro Partido Interesado (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Padre/Guardián del Menor | _____ |

CERTIFICACION

Yo declaro bajo pena de perjurio que Yo soy Yo represento Yo soy el abogado representando al partido de interés identificado en el documento solicitado.

FECHA DE LA PETICION: _____ FIRMA: _____

FECHA RECIBIDA: _____

¹ Updated 7/27/2004
 Request For Release Of Information