

Departamento De La Policía De Kissimmee  
**FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE LA VÍCTIMA O TESTIGO** (Victim or Witness)

NÚMERO DE INCIDENTE K.P.D.: **01** - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ TIPO DE INCIDENTE: \_\_\_\_\_

**Identidad del declarante**

NOMBRE: (A) \_\_\_\_\_ (P) \_\_\_\_\_ (S) \_\_\_\_\_ SUFIJO: \_\_\_\_\_

NACIMIENTO: (CIUDAD) \_\_\_\_\_ (ESTADO) \_\_\_\_\_ (PAÍS) \_\_\_\_\_ RAZA: \_\_\_\_\_

SEXO:  Masculino  Femenino FECHA DE NACIMIENTO: (M) \_\_\_\_\_ (D) \_\_\_\_\_ (A) \_\_\_\_\_ # DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE LICENCIA: \_\_\_\_\_ ESTADO DE LA LICENCIA: \_\_\_\_\_

EXPIRACIÓN DE LA LICENCIA: (M) \_\_\_\_\_ (D) \_\_\_\_\_ (A) \_\_\_\_\_ ORIGEN ÉTNICO: \_\_\_\_\_ ESTATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

#S DE TELÉFONO: (Domicilio) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ (Otro) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: (#Calle) \_\_\_\_\_ (Nombre De La Calle) \_\_\_\_\_ (# Edificio) \_\_\_\_\_ (# Apto.) \_\_\_\_\_

(Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Zona Postal) \_\_\_\_\_ (País) \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE TRABAJO: (#Calle) \_\_\_\_\_ (Nombre De La Calle) \_\_\_\_\_ (# Edificio) \_\_\_\_\_ (# Oficina) \_\_\_\_\_

(Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Zona Postal) \_\_\_\_\_ (País) \_\_\_\_\_

RELIGIÓN: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ EDUCACIÓN: (Grado): \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN JURADA DE LA VÍCTIMA O TESTIGO DEL DELITO**

Yo afirmo que he sido víctima o soy testigo del delito reportado o que represento el negocio que ha sido afectado por este delito y que los datos que he proporcionado al Departamento de Policía de Kissimmee, Florida, son verdaderos y correctos de acuerdo a mi mejor entender.

Si soy la víctima del delito reportado, también afirmo que nadie tenía permiso para perpetrar en mi contra o en contra del negocio que represento el acto/s aquí descrito. Además juro y afirmo que: (escoja uno)

QUIERO CONTINUAR EL PROCESO LEGAL  O  NO QUIERO CONTINUAR EL PROCESO LEGAL

en contra de la persona o personas responsables por este delito y que estaré dispuesto (a) a testificar en cualquier vista judicial subsiguiente o en los procedimientos necesarios durante este proceso legal.

YO SOY TESTIGO O TENGO CONOCIMIENTO DE LOS SIGUIENTES HECHOS RELACIONADOS CON ESTE INCIDENTE:

---

---

---

---

---

---

---

---

La declaración debe ser firmada al dorso de este formulario.

Pág. \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de la declaración de la víctima/testigo relacionada con el incidente de KPD #: 01 - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cada página de mi declaración tiene mi firma y cualquier corrección tiene mis iniciales al lado. Si otra persona, aparte de mí, ha escrito esta declaración, ella me ha leído la misma para verificar su validez. Esa persona se ha identificado abajo por nombre, dirección postal y número telefónico.

ESTADO DE LA FLORIDA, CONDADO DE OSCEOLA

Tipo de identificación presentada: \_\_\_\_\_

**Jurado y suscrito ante mí, Notario Público  
bajo la sección F.S.S.117.10.**

**Juro y afirmo que esta declaración es verdadera,  
basada en mi mejor entender y criterio.**

El día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_

**Firma de la víctima o testigo**

**Firma del Notario Público**

\_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_  
( L / E Officer's Signature)