

Formulario de solicitud

Complete el siguiente formulario.

Información del solicitante

Nombre completo *

Prefijo

Nombre

Apellido

Dirección

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado/Provincia

Código postal

País

Número de teléfono *

Código de área

Número de teléfono

Correo electrónico * ex: myname@example.com

¿Desea mantener la confidencialidad de su identidad?

Sí

NO

NOTA: A petición de un solicitante en el momento de la solicitud, la DCJ y cualquier otra agencia gubernamental involucrada en el proceso penal no revelará la identidad del solicitante, sujeto a cualquier ley, sentencia de la Corte o decisión judicial en contrario que pueda requerir la divulgación de dicha identidad a ciertas partes, incluyendo, en ciertas circunstancias, un acusado penal.

Información sobre el abogado del solicitante (si está disponible)

Nombre completo *

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prefijo	Nombre	Apellido

Dirección

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado/Provincia

Código postal

País

Número de teléfono *

Código de área

Número de teléfono

Correo electrónico * ex: myname@example.com

Información facilitada

Toda la información, informes, solicitudes u otra documentación recibida o mantenida por la DCJ de conformidad con el ACWP son registros confidenciales de investigación criminal de conformidad con la Ley de Registros Públicos Abiertos, N.J.S.A. 47:1A-1, et seq., y no estarán sujetos al acceso público.

Cualquier declaración del solicitante en el Formulario de Solicitud no podrá ser utilizada en un caso directo contra el solicitante en cualquier procedimiento penal del estado de Nueva Jersey, excepto si el solicitante proporciona información falsa o engañosa o si alguna vez es testigo contra el Estado en cualquier juicio u otro procedimiento judicial. El Estado podrá hacer uso derivado de cualquier pista de investigación contra el solicitante u otros y podrá perseguirla. En caso de revocación de la aceptación por cualquier motivo, las declaraciones realizadas o la información facilitada por el solicitante podrán utilizarse sin limitación alguna.

Información sobre el incidente

Fecha del incidente

Mes

Día

Año

Lugar

Descripción detallada del incidente/delito:

Información del sospechoso

Nombre completo

Nombre

Apellido

Dirección

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado/Provincia

Código postal

Información del testigo

Nombre completo

Nombre

Apellido

Dirección

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado/Provincia

Código postal

¿Desea que se le considere para una exención de enjuiciamiento penal en virtud del ACWP?

- Sí
- NO

Acuse de recibo

Por favor, lea y firme a continuación

Por la presente certifico que la información facilitada es verdadera y exacta. Soy consciente de que si alguna de las informaciones anteriores es deliberadamente falsa puedo ser sancionado.

Por la presente certifico y reconozco que la presentación de este formulario de solicitud no puede interpretarse como una renuncia a la acción judicial.

Por la presente certifico y reconozco que la decisión del Director del DCJ o de una persona designada con respecto a la elegibilidad para ingresar al programa será definitiva y no estará sujeta a revisión judicial.

Firma: *

o Al hacer clic en este botón, usted firma

Introduzca el mensaje tal como se muestra *

—1

Enviar formulario