



Gonzales Police Department

SERVE • CARE • CONNECT

KEITH WISE
CHIEF OF POLICE

Select one:	<input type="checkbox"/> Report Request \$1.00 Per Page	<input type="checkbox"/> Background Letter \$32.00
-------------	------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

NOTE: A valid government issued photo ID must accompany request.

Name: _____

Address: _____

Telephone: _____

Information Requested: _____

Report #:(If available)	Incident Date/Time:	Type of Incident:

<input type="checkbox"/> Involved Party in Case	<input type="checkbox"/> Insurance Carrier
<input type="checkbox"/> Involved Party in Accident	<input type="checkbox"/> Press
<input type="checkbox"/> Owner of Damaged Property	<input type="checkbox"/> Authorized Representative of Victim
<input type="checkbox"/> Other: (Explain)	

Your request will be processed in accordance with the Public Records Act. **Please be advised that your request will be processed within 10 days from your request.**

I certify under the penalty of perjury that the information applied for is necessary in the interest of the due administration of the laws, and not for the purpose of assisting a private citizen in carrying out his/her personal interest or in a manner to maliciously harass, degrade, or humiliate any person. (Statement required by Penal Code Section 11105).

Signature **Date**

<i>FOR OFFICE USE ONLY</i>	
<input type="checkbox"/> Approved	<input type="checkbox"/> Denied

Records Supervisor **Date**



Gonzales Police Department

SERVE • CARE • CONNECT

KEITH WISE
CHIEF OF POLICE

Seleccione uno:	<input type="checkbox"/> Solicitud de Reporte	<input type="checkbox"/> Carta de Antecedentes
	\$ 1 por página	\$32.00

NOTA: Una identificación con foto válida emitida por el gobierno debe acompañar a la solicitud

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Información requerida: _____

Informe # : (si está disponible)	Fecha / hora del incidente:	Tipo de incidente:

<input type="checkbox"/> Parte involucrada en el caso	<input type="checkbox"/> Aseguradora
<input type="checkbox"/> Parte involucrada en accidente	<input type="checkbox"/> Prensa
<input type="checkbox"/> Dueño de la propiedad dañada	<input type="checkbox"/> Representante autorizado de la víctima
<input type="checkbox"/> Otro: (explicar)	

Su solicitud será procesada de acuerdo con la Ley de Registros Públicos.
Tenga en cuenta que su solicitud será procesada dentro de los 10 días a partir de su solicitud. Certifico bajo pena de perjurio que la información solicitada es necesaria en interés de la debida administración de las leyes, y no con el propósito de ayudar a un ciudadano privado a llevar a cabo su interés personal o de manera maliciosamente hostil, degradar o humillar a cualquier persona. **(Declaración requerida por la Sección 11105 del Código Penal).**

Firma	Fecha
<i>FOR OFFICE USE ONLY</i>	
<input type="checkbox"/> Approved	<input type="checkbox"/> Denied

Records Supervisor	Date
--------------------	------