

**VERIFICATION OF INCIDENT (Polish)**

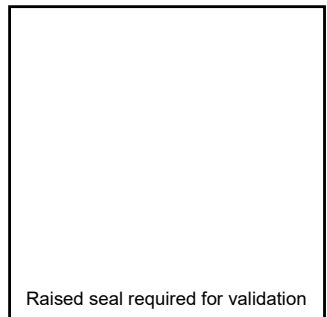
PD 542-061 (Rev 04-22)

Wnioski o weryfikację zgłoszenia zdarzenia składane przez oskarżycieli/ofiary, ich upoważnionego przedstawiciela lub upoważnioną stronę trzecią są przyjmowane bezpłatnie. Oskarżyciel/ofiara wyznaczająca upoważnionego przedstawiciela musi również wypełnić i złożyć poświadczony notarialnie UPOWAŻNIENIE [strona 2]. Do wniosku należy dołączyć opieczetowaną i zaadresowaną do siebie kopertę. Wnioski należy przysyłać na adres: New York City Police Department, Criminal Records Section (Verification Unit), 375 Pearl Street, Suite 4, 16th Floor, New York, NY 10038. ** WYŁĄCZNIE WNIOSKI SKŁADANE E-MAILEM LUB POCZTA ** Sekcja Rejestru Karnego nie jest dostępna do wglądu publicznego i nie ma możliwości osobistego odebrania kopii zgłoszenia. Oskarżyciele/ofiary mogą również złożyć wniosek o kopię raportu wniosku o weryfikację zgłoszenia zdarzenia poprzez złożenie wniosku online na stronie <https://www1.nyc.gov/site/nypd/services/law-enforcement/record-requests.page>. Aby znaleźć ten wniosek, NALEŻY podać wszystkie informacje wymagane poniżej, w szczególności numer zgłoszenia i posterunek, na którym zgłoszono zdarzenie (miejsce zdarzenia). Bez tych informacji nie będzie można zatwierdzić wniosku. Numer zgłoszenia można uzyskać, dzwoniąc na dany posterunek lub do oddziału detektywistycznego w godzinach od 7:00 do 24:00.

FOR USE BY NYPD

* Numer zgłoszenia		* Posterunek, na którym zgłoszono zdarzenie		Miejsce zdarzenia
Dokumentację przesłać do: <i>(Wypełnić komputerowo lub ręcznie drukowanymi literami)</i>				Imię (imiona) i nazwisko oraz adres oskarżyciela/ofiary zgodnie z raportem przekazanym do departamentu policji
Data zgłoszenia na policję	Godzina <i>(jeśli znana)</i>		Zgłoszenie dotyczy: <input type="checkbox"/> Przepięstwa <input type="checkbox"/> Utraty mienia <input type="checkbox"/> Inne <i>(opisz)</i>	
Data i godzina zdarzenia <i>(jeśli inna niż data zgłoszenia)</i>	Data	Godzina	Imię i nazwisko funkcjonariusza, który przyjął zgłoszenie, jeśli są znane.	
Wszelkie dodatkowe informacje, które mogą być pomocne w znalezieniu zgłoszenia				
Imię i nazwisko wnioskodawcy			Podpis wnioskodawcy	
			Data	

FOR POLICE DEPARTMENT USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE
THE FOLLOWING IS A VERIFICATION OF THE ABOVE REQUEST INCLUDING PROPERTY INVOLVED



Raised seal required for validation

Alarm No.	Report verified by <i>(print title, name/sign)</i>	Data
-----------	--	------

**LETTER OF AUTHORIZATION FOR VERIFICATION OF INCIDENT REQUEST
(Only complete if designating an authorized representative)**

Complainant/Victim's Name: _____

Address: _____

Date of Occurrence: _____

Precinct of Occurrence: _____

Location Incident Occurred: _____

Name of Authorized Representative: _____

Authorized Representative's Address: _____

To: *New York City Police Department, Criminal Records Section (Verification Unit)
375 Pearl Street, Suite 4, 16th Floor, New York, NY 10038*

This letter confirms my designation of the individual or firm listed above as my authorized representative to act on my behalf for the sole purpose of requesting incident information from the New York City Police Department in connection with the above-captioned occurrence and the accompanying completed VERIFICATION OF INCIDENT (PD 542-061) form. My authorized representative is hereby granted the right of access to information and the right to act as my agent regarding this request, and all communications sent by the New York City Police Department in regards to this request should be directed to the attention of the authorized representative. However, this does not preclude my intervention at a future date, and this authorization may be revoked, in writing, by me at any time.

I understand that when releasing information to the authorized representative, the New York City Police Department has no authority to control the future use or dissemination of this information. Therefore, I release the New York City Police Department, the City of New York and any officers, agents, or employees, thereof, from any and all liability that may arise out of the authorized representative's possession and the use of the information and records.

This written authorization is effective the date signed and will remain in effect until the request has been completed or the authorization is revoked by me, in writing, whichever occurs first.

Complainant/Victim's Name (*Please Print*)

Date

Complainant/Victim's Signature

STATE OF NEW YORK

SS.:

COUNTY OF _____

On the _____ day of _____ in the year 20 ____ before me, the undersigned, personally appeared _____, personally known to me or proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the individual whose name is subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she executed the same in his/her capacity, and that by his/her signature on the instrument, the individual, or the person upon behalf of which the individual(s) acted, executed the instrument.

Notary Signature

[Affix Notary Stamp]