

13. यदि कोई चोट लगी हो तो उसका विवरण दें
14. यदि किसी किस्म की चोट के फोटो लिए गए, तो फोटो किसने लिए?
15. अगर किसी भी किस्म की चोट का इलाज किया गया, तो कृपया डॉक्टर के नाम तथा चिकित्सा केंद्र की जानकारी दें।
16. अपनी शिकायत के समर्थन में कोई साक्ष्य दें

शिकायत के ब्यौरे

17. कृपया घटना की यथासंभव पूरी जानकारी दें (यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त पन्नों पर जानकारी दें)	
18. इस शिकायत प्रक्रिया के माध्यम से आप क्या हासिल करना चाहेंगे?	
19. शिकायत निम्नलिखित आर सी एम पी सदस्य(सदस्यों) के आचरण के बारे में है (यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त पन्नों पर जानकारी दें)	
नाम और पद :	टुकड़ी :
नाम और पद :	टुकड़ी :
नाम और पद :	टुकड़ी :
20. गवाह (आरसीएमपी के उन सदस्यों को शामिल कर सकते हैं जिनके बारे में आप शिकायत नहीं कर रहे हैं) (यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त पन्नों पर जानकारी दें)	
पारिवारिक नाम :	पता :
दिया गया नाम एवं छोटे हस्ताक्षर :	टेलीफोन :
शिकायतकर्ता से संबंध :	
पारिवारिक नाम :	पता :
दिया गया नाम एवं छोटे हस्ताक्षर :	टेलीफोन :
शिकायतकर्ता से संबंध :	
<p>टिप्पणी : शिकायत फार्म प्रस्तुत करके आप कमीशन फॉर पब्लिक कंप्लेन्ट्स अगेंस्ट आर सी एम पी को अपनी निजी जानकारी एकत्र करने के लिए अधिकृत कर रहे हैं। यह जानकारी केवल <i>आर सी एम पी अधिनियम</i> के भाग VII से संबंधित उद्देश्यों के लिए एकत्रित की जा रही है। अन्य संगत दस्तावेजों के साथ शिकायत फार्म <i>आर सी एम पी अधिनियम</i> की उपधारा 45.35(3) से संबंधित जांच के लिए आर सी एम पी को भेजा जा सकता है। तदनुसार, एक आर सी एम पी शिकायत जांचकर्ता बयान लेने के लिए आपसे संपर्क कर सकता है।</p> <p>यह जानकारी पर्सनल इन्फॉर्मेशन बैंक सी पी सी पी पी यू 005 में रखी जाती है और गोपनीयता अधिनियम के अनुसार आपको इस जानकारी तक पहुंच का अधिकार है।</p>	

हम अंग्रेजी और फ्रेंच में जानकारी प्रदान करते हैं। यह विवरण पुस्तिका, हमारा शिकायत फार्म और दुभाषिया सुविधाएं अन्य भाषाओं में भी उपलब्ध हैं।