



**Oficina del Sheriff del Condado de Carver**  
606 East 4th Street, Chaska, MN 55318  
952-361-1212

**SOLICITUD DE CONFIDENCIALIDAD**

La identidad de una víctima y/o testigo de un delito puede hacerse anónima del público SI la víctima/testigo solicita específicamente que su identidad no sea revelada, a menos que la agencia determine razonablemente que revelar la identidad de la víctima/testigo no amenazaría la seguridad personal o la propiedad del Individuo. Estadísticas mínimas 13,82 subd. 17d

Nombre:

Nombre completo – apellido, nombre, segundo nombre (sin iniciales)

Dirección del solicitante:

Numero de Incidente: \_\_\_\_\_

Fecha del incidente: \_\_\_\_\_

Dirección en la que se produjo el incidente:

Por la presente solicito que la Oficina del Sheriff del Condado de Carver mantenga mi nombre en anonimato con respecto al incidente mencionado anteriormente. Esta solicitud se hace, ya que creo que la divulgación de mi información personal afectaría:

\_\_\_\_\_ Mi seguridad personal

\_\_\_\_\_ La seguridad de mi propiedad

Las razones de esta creencia de mi parte son las siguientes: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

**USO DEL DEPARTAMENTO SOLAMENTE:**

Solicitud revisada por: \_\_\_\_\_

Solicitud \_\_\_\_\_ Aprobada- o \_\_\_\_\_ negada Víctima notificada: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Copia del Enviado de la determinación a la Oficina del Fiscal del Condado – Coordinador de Testigos de Víctimas: \_\_ / \_\_ / \_\_