



# Pharr

## Fire Department



### SOLICITUD DE REGISTROS

#### ¡INFORMACIÓN IMPORTANTE! POR FAVOR, LEA

\*Las solicitudes de registros y/o informes de incidentes deben presentarse por escrito. Puede usar este formulario para su solicitud. Responderemos a su solicitud "de manera pronta", pero el tiempo que tardemos en responder dependerá de la cantidad de información que haya solicitado.

**\*POR FAVOR TENGA EN CUENTA:** Se cobrará una tarifa por proporcionar copias de registros y/o informes de incidentes.

**\*Instrucciones para solicitudes por correo:**

- 1 Por favor, escriba o teclee la información de manera legible.
- 2 Debe incluirse con su solicitud una fotocopia de una identificación con foto válida y vigente.  
**(por ejemplo, licencia de conducir, pasaporte).**
- 3 El cheque o giro postal por el monto total correspondiente a su solicitud debe ser pagadero a "**City of Pharr**"
- 4 Incluya un sobre con estampilla y dirección propia para:

City of Pharr Fire Department

710 S. Cage STE D

Pharr, Texas 78577

#### ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD

**Información de contacto del solicitante:**

Nombre del solicitante:

\_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Apellido)

Nombre de la empresa:

\_\_\_\_\_

Correo electrónico:

\_\_\_\_\_

Dirección postal:

\_\_\_\_\_ (Calle) \_\_\_\_\_ (Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código postal)

Relación con el propietario:

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

#### SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Por favor, describa la información que está solicitando. Incluya la fecha, el lugar del incidente y/o el número de incidente, si está disponible.

Fecha del incidente:

\_\_\_\_\_

Ubicación/Dirección del incidente:

Por favor, proporcione la(s) calle(s) de la intersección más cercana. \_\_\_\_\_ (Calle) \_\_\_\_\_ (Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código postal)

Nombre de la(s) persona(s) involucrada(s):

\_\_\_\_\_

**Pharr Fire Department Administration Only:****Fees:**

<input type="checkbox"/>	Accident Report	\$5.00	<input type="checkbox"/>	Medical Report	\$5.00
<input type="checkbox"/>	Vehicle Fire Report	\$6.00	<input type="checkbox"/>	Structure Fire Report	\$7.00
<input type="checkbox"/>	Other:				\$7.00

Date Received: \_\_\_\_\_

Received By: \_\_\_\_\_

Incident/PIR #: \_\_\_\_\_

Fee: \_\_\_\_\_

Approved By: \_\_\_\_\_

Receipt #: \_\_\_\_\_

Release Date: \_\_\_\_\_