

**CITY OF NEW HAVEN
DEPARTMENT OF TRAFFIC & PARKING**

**REQUEST FOR REVIEW
PARKING VIOLATION/TOWING**

THIS FORM WILL NOT BE PROCESSED IF ILLEGIBLE OR INCOMPLETE

DATE: ___/___/___ TICKET REVIEW TOW REVIEW
NAME: _____ PHONE: _____
ADDRESS: _____
CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____
VEHICLE OWNER: _____ PHONE: _____
ADDRESS: _____
CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____

ISSUE/TICKET NO: _____ DATE TICKET ISSUED: ___/___/___
OFFICER/SHIELD NO: _____ VIOLATION CODE/NO.: _____
LICENSE PLATE NO.: _____ STATE: _____
MAKE: _____ YEAR: _____ MODEL: _____
IF TOWED, GARAGE TOWED TO: _____

NATURE OF COMPLAINT: _____

THE FILING OF THIS FORM WITH THE DEPARTMENT OF TRAFFIC AND PARKING WITHIN 15 DAYS OF THE ISSUANCE OF THE TICKET WILL DEFER THE ACCUMULATION OF PENALTIES ON THIS TICKET UNTIL THE OWNER IS NOTIFIED IN WRITING OF THE RESULT OF THE REVIEW.

I HEREBY CERTIFY UNDER THE PENALTY OF FALSE STATEMENT THAT THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND ACCURATE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.

SIGNATURE: _____ DATE: ___/___/___

**MAIL THIS FORM
WITH PARKING TICKET TO:** **TAG DIVISION – CITY OF NEW HAVEN
PO BOX 6649, ROCKVILLE MD 20849-6649**

**CIUDAD DE NEW HAVEN
DEPARTAMENTO DE TRÁFICO PARQUEO**

**SOLICITUD DE REVISIÓN DE MULTA
MULTA POR PARQUEO / REMOLQUE CON GRÚA**

ESTE FORMULARIO NO SERÁ PROCESADO SI ESTÁ INCOMPLETO O ES ILEGIBLE

FECHA: ___/___/___ REVISIÓN DE TICKET REVISIÓN DE REMOLQUE CON GRÚA

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

PROPIETARIO DEL CARRO: _____ TELÓFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE REGISTRO DEL CARRO: _____ ESTADO: _____

MULTA NÚMERO.: _____ NÚMERO DE TICKET: _____

FECHA EN LA QUE SE LE PUSO LA MULTA: ___/___/___

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA POLICIA: _____

FABRICANTE: _____ AÑO: _____ MODELO: _____

SI SU CARRO FUE REMOLCADO POR LA GRUA, ¿A QUÉ GARAJE SE LLEVÓ?:

NATURALEZA DE LA QUEJA: _____

SI ESTE FORMULARIO ES ENVIADO AL DEPARTAMENTO DE TRÁFICO Y PARQUEO, DURANTE LOS 15 DÍAS POSTERIORES A LA FECHA DE LA MULTA, SU TICKET NO ACUMULARÁ NINGUNA PENALIZACIÓN EXTRAORDINARIA HASTA QUE SE LE NOTIFIQUE EL RESULTADO DE LA REVISIÓN DE SU QUEJA.

CERTIFICIO BAJO PENALIZACIÓN DE FALSO TESTIMONIO, QUE LA INFORMACIÓN PROVISTA EN ESTE FORMULARIO ES RIGUROSAMENTE VERAZ SEGÚN MI CONOCIMIENTO.

FIRMA: _____ FECHA: ___/___/___

ENVIE ESTE FORMULARIO POR CORREO CON SU TICKET A:

DEPARTMENT OF TRAFFIC & PARKING, PO BOX PO BOX 6649, ROCKVILLE MD 20849-6649