

1713 Sarah Dewitt Dr.,
Gonzales, Texas 78629
Ph.: 830.672.6524
Fax: 830.672.2517
Email Jackie @
jcordova@co.gonzales.tx.us



Gonzales County Sheriff's Office

Solicitud de Información Pública

** LA INFORMACIÓN DEBE COMPLETARSE*

Solo para uso de oficina

Received by: _____

Date Received: _____

Completed by: _____

Date Completed: _____

Amount \$: _____

Check or M/O # _____

EL ACTA DE INFORMACION PUBLICA del Estado de Texas require que nuestra oficina responda a su pedido dentro de diez (10) dias de trabajo.

Persona que Solicita Información:

Nombre: _____

Nombre

Apellido

Dirección de envío: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Correo electrónico: _____ Numero de teléfono: (____) _____

Información de incidente/ofensa:

*Tipo de incident: (Ej: Robo, etc.) _____ * Fecha y hora del incidente: _____

Numero de caso: _____ Nombre del Oficial: _____

Calle/Carretera Ciudad del incidente: _____

*Nombre y fecha de nacimiento de la(s) persona(s) involucrada(s):

Nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____

Firma

Fecha

Solo para uso de oficina

MAIL BACK: _____ CUSTOMER PICK UP: _____ EMAIL / FAX: _____ DATE: _____

1713 Sarah Dewitt Dr.
Gonzales, Texas 78629
Ph.: 830.672.6524
Fax: 830.672.2517
Email Jackie @
jcordova@co.gonzales.tx.us



Gonzales County Sheriff's Office Public Information Request

**Information must be completed*

Office Use Only:

Received by: _____

Date Received: _____

Completed by: _____

Date Completed: _____

Amount: \$ _____

Check or M/O: _____

THE TEXAS PUBLIC INFORMATION ACT requires the Gonzales County Sheriff's Office respond to your request within ten (10) working

Person Requesting Information:

Your Name: _____
First Name Last Name

Mailing Address: _____
Street/PO Box City State Zip

Email Address: _____ Contact Number: (_____) _____

Incident/Offense Information:

*Type of Incident: (Ex: Theft, etc.) _____ * Date and Time of Incident: _____

Case or Call Number: _____ Name of responding Officer: _____

Street/Highway and City of Incident: _____

*Name and Date of Birth of person(s) involved:

First Name _____ Last Name _____ DOB _____

First Name _____ Last Name _____ DOB _____

Requestor Signature

Date

For staff use only

MAIL BACK: _____ CUSTOMER PICK UP: _____ EMAIL / FAX: _____ DATE: _____