



Forma De Queja Del Consumidor

- A. La Oficina del Distrito tiene recursos limitados para procesar su queja. Toda las quejas serán evaluadas por un Abogado Diputado Del Distrito. **No todas las quejas serán investigadas.**
- B. El Personal de La Oficina De Fiscale's Del Distrito Del Condado De Contra Costa no participa en practicas privadas de la ley ni da ayuda legal en casos civiles y ni tiene la autoridad legal para afirmar sus derechos.
- C. La Division Especial De Operaciones no conduce entrevistas personales o hace citas para aceptar quejas escritas.
- D. La Division Especial De Operaciones no toma quejas anonimas. Esta queja puede ser compartida con el individuo o negocio con quien la queja se refiere.

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA

I. QUEJA (LA PERSONA HACIENDO LA QUEJA)

Apellido	Nombre	Iniciales	Ocupación
Derección o P.O. Box	Número de Apartamento	Licencia de conducir o Número de Identificación	
Ciudad	Estado	Codigó Postal	
Número De Fax	Coreo Electronico		
()			
Número de Teléfono de dia	Número de Teléfono de la Tarde		
()	()		

II. NEGOCIO/ QUEJA CONTRA EL SOSPECHOSO

Dirección o P.O. Box		Número de Teléfono ()		
Nombre del Individuo	Fecha de Nacimiento	Raza	Estatura	Peso
Ciudad	Estado	Código Postal		

III. INFORMACIÓN DE TRANSACCIÓN

Fecha de Ocurrido	Lugar de lo Ocurrido			
Identifique el tipo de Transacción que tenga que ver con su queja (copia)	Había un contrato firmado(si, essi porfavor ajunte una copia) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Motivo por la queja				
Fecha de Compra	Precio de Compra/Cantidad	Perdida	Metodo de Pago(Cheque, Efectivo, Tarjeta de Credito, otro- Explique) [Incluya copias de pago- frente y atras]	
Nombre , dirección y número de teléfono de testigo, si ay:				
Nombre , dirección y número de teléfono o otra victima, si ay:				
Como escucho del negocio? (Periodico, Television, sitio web, etc.)				
Usted Contacto el negocio sobre su queja? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Nombre de la persona que contacto		
Resultado de Contacto		Fecha de cuando se dio cuenta que prodria ser victima de un crimen		
Liste otras Agencias que usted a contactado				
Usted contactado a un abogado privado, si es si escriba su nombre? Juicio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Algún caso civil al pendiente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Algún <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Podemos dar una copia de su queja e informacion a otras Agencias de Gobierno o Agencias de Consumidor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

IV. QUEJA

Brevemente explique los factores de la cual se basa su queja (como, cuando, y porque usted cree que usted es una victima de crimen) , incluya primer contacto con el individuo o negocio y cualquier cosa dicha o representada que result ser falso. **Páginas adicionales pueden ser juntadas para comentario adicional.**

V. DECLARACION

Firme y Ponga Fecha (Quejas anonimas no seran aceptadas)

Yo declaro, por la penalidad de perjurio bajo las leyes del estado de California, y affirmo es cierto y correcto y esta declaracion fue ejecutada en:

_____ (Ciudad/ Estado) en _____ (Fecha).

(Firma)

Advertencia: Presentando un reporte falso es un crimen de conformidad a Codigo Penal 148.5(a)

VI. INSTRUCCIONES DE COREO

Para explicar los detayes de su queja, **usted tiene que dar documentos relacionados con su queja.**

-Por favor mande copias de documentos-
Mande copies por coreo de sus documentos a
Contra Costa District Attorney
Special Operations Division
P.O. Box 670
Martinez, CA 94553

**FRACASO EN NO MANDAR DOCUMENTOS QUE TENGAN QUE VER CON SU QUEJA
ATRASARA UNA RESPUESTA A SU QUEJA.**