



# OFFICE OF THE DISTRICT ATTORNEY

## 重大詐騙案件舉報表

**Santa Clara County**  
**Office of the District Attorney**  
**Major Fraud Unit**  
 70 West Hedding Street, West Wing  
 San Jose, CA 95110  
 電話: 408-792-2974  
 傳真: 408-279-8742  
 電子郵件: [majorfraud@dao.sccgov.org](mailto:majorfraud@dao.sccgov.org)

此處由檢察院填寫:

MF-\_\_\_\_\_

標\*的為必須填寫

您的信息			
名字*	姓*	中間名	出生日期*
郵寄地址*			
城市*	州*	郵政編碼*	加州駕照號*
日間電話號碼*	備用電話號碼		手機號碼
首選溝通語言*		電子郵件*	
關於被舉報商業或者個人的信息			
嫌疑人的姓名或者商業的名稱*		其他嫌疑人姓名	
嫌疑人的主要地址			
城市	州	郵政編碼	嫌疑人的網址:
嫌疑人的電話號碼:		嫌疑人的傳真號碼:	
嫌疑人的出生日期 (若知悉):		嫌疑人的電子郵件:	
舉報信息			
事件的發生日期 (可填多個)		事件的發生地點? (城市) *	
簡述您認為發生的非法事件的經過 (例如: 您是如何被詐騙的)			
您何時發現該犯罪事實*?	您的損失金額是多少? \$	如果您的損失是直接支付給嫌疑人的, 您是如何支付的? <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 借記卡 <input type="checkbox"/> 其他: _____	

您是否向其他機關舉報了？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果是，請提供機關名稱和案件編號：	
您舉報的這個案件是否已請律師？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果是，請提供律師的名字：	律師的電話號碼：
您是否曾在法庭起訴過該嫌疑人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果是，請提供案件編號和法院位置： 法院案件編號： 法院名稱：	
<b>請按事件發生的順序描述其詳細信息。提供日期以及您是如何發現自己是犯罪的受害者的。</b>			
Empty space for detailed description			
有人幫助您填寫此舉報表嗎？如果有，請列出此人的姓名、地址、電話號碼以及他(們)與您的關係。			
<b>聲明</b>			
通過提交此舉報表，本人確認所填寫的信息是真實準確的。			
簽名		公正書寫全名	
			日期