



OFFICE OF THE DISTRICT ATTORNEY

Formulario de Queja – Unidad de Fraude Mayor

La Fiscalía del Condado de Santa Clara
 70 West Hedding Street, West Wing
 San José, CA 95110
 Teléfono: 408-792-2974
 Fax: 408-279-8742
 Correo Electrónico: majorfraud@dao.sccgov.org

Para uso de la Oficina: MF- _____
--

* Indica una respuesta obligatoria

Su Información			
Primer Nombre*	Apellido*	ISN	Fecha de Nacimiento*
Dirección Postal*			
Ciudad*	Estado*	Código Postal*	Número de Licencia de Conducir de CA*
Número de Teléfono de Día*	Número de Teléfono Alternativo	Número de Teléfono Celular	
Idioma Preferido para Comunicar*		Correo Electrónico*	
Información sobre el Negocio o Persona(s) a las cuales esta Queja se refiere			
Sospechoso o Nombre del Negocio*		Nombres de Otros Sospechosos	
Dirección del Sospechoso Principal			
Ciudad	Estado	Código Postal	Sitio Web del Sospechoso
Número de Teléfono del Sospechoso		Número de Fax del Sospechoso	
Fecha de Nacimiento del Sospechoso, si lo sabe		Correo Electrónico del Sospechoso	
Información Sobre la Queja			
Fecha(s) en que ocurrió el incidente		¿Dónde ocurrió el incidente? (Ciudad)	
Resuma lo que sucedió y que cree que es ilegal (es decir, cómo fue defraudado)			
¿Cuándo descubrió el crimen?*	¿Cuál es el monto en dólares de su pérdida \$?	Si su pérdida fue pagada al sospechoso, ¿cómo pagó? <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Tarjeta de Débito <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Ha presentado una queja a otra agencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Sí si, nombre de la Agencia y Número de Reporte	

¿Tiene un abogado para este caso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí si, nombre del abogado:	Número de Teléfono del Abogado
¿Ha presentado un caso judicial contra el sospechoso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí si, favor de indicar el # de Caso y Ubicación de la Corte Número de Caso: Nombre de la Corte:	
Describa los detalles del incidente en el orden en que ocurrió. Incluya fechas y cómo descubrió que usted era víctima de un crimen.		
Empty space for incident details		
¿Alguien le ayudó a llenar esta queja? Sí si, favor de incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono, y cómo están relacionados con usted.		
Declaración		
Al presentar esta queja, afirmo que la información aquí contenida es verdadera y precisa.		
Firma	Imprimir su Nombre	Fecha