



OFFICE OF THE DISTRICT ATTORNEY
SOLANO COUNTY

KRISHNA A. ABRAMS
DISTRICT ATTORNEY

Formulario De Quejas Del Consumidor

- A. La Oficina del Distrito tiene recursos limitados para procesar su queja. Todas las quejas serán evaluadas por un Abogado Diputado Del Distrito. **No todas las quejas serán investigadas.**
- B. El Personal de La Oficina De Fiscales Del Distrito Del Condado De Solano no participa en prácticas privadas de la ley ni da ayuda legal en casos civiles y no tiene la autoridad legal para afirmar sus derechos.
- C. La División de Investigación no conduce entrevistas personales o hace citas para aceptar quejas escritas.
- D. La División de Investigación no toma quejas anónimas. 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
Dirección o P.O. Box	Número de Apartamento	Licencia de conducir o Número de Identificación	
Ciudad	Estado	Coding Postal	
Número De Fax ()	Correo Electrónico		
Número de Teléfono de día ()	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			
Identifiqué el tipo de Transacción que tenga que ver con su queja (copia)		Había un contrato firmado(si, es sí por favor ajunte una copia)		
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Motivo por la queja				
Fecha de Compra	Precio de Compra/Cantidad Perdida	Método de Pago(Cheque, Efectivo, Tarjeta de Crédito, otro- Explique) [Incluya copias de pago- frente y atrás]		
Nombre , dirección y número de teléfono de testigo, si ay:				
Nombre , dirección y número de teléfono de otra víctima, si ay:				
¿Cómo escucho del negocio? (Periódico, Televisión, sitio web, etc.)				
¿Usted Contacto el negocio sobre su queja?		Nombre de la persona que contacto		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Resultado de Contacto	Fecha de cuando se dio cuenta que podría ser víctima de un crimen			
Liste otras Agencias que usted ha contactado				
¿Usted contactado a un abogado privado, si es si escriba su nombre?		¿Algún caso civil esta pendiente?		Algún Juicio?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Podemos dar una copia de su queja e información a otras Agencias de Gobierno o Agencias de Consumidor?				
<input type="checkbox"/> Sí <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 víctima de crimen), incluya primer contacto con el individuo o negocio y cualquier cosa dicha o representada que resultó ser falso. **Páginas adicionales pueden ser adjuntadas para comentario adicional.**
