



**DISTRITO FISCAL DEL CONDADO DE MERCED  
DELITO GRAVE/DIVISION DE FRAUDE AL CONSUMIDOR**

550 W. Main Street, Merced, CA 95340

Telephone: (209) 385-7383

Fax: (209) 725-3563

**DISTRICT ATTORNEY**

**Nicole A. Silveira**

**CUESTIONARIO DE QUEJAS PARA EL CONSUMIDOR**

**FAVOR DE INCLUIR COPIAS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL, DOCUMENTOS, CONTRATOS, CARTAS, RECIBOS Y FACTURAS  
CON ESTA FORMA**

**NO SE LE PERMITE AL PERSONAL LEGAL DEL DISTRITO FISCAL REPRESENTAR CIUDADANOS INDEPENDIENTES  
BUSCANDO RENDIMIENTO MONETARIO EN UN JUSGADO O OTROS REMEDIOS PERSONALES**

**SU QUEJA:**

Su Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Número De Teléfono De Casa: \_\_\_\_\_

Número De Teléfono De Trabajo: \_\_\_\_\_

Número De Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿Es usted persona de tercera edad? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Ha usado otros nombres?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es así, ¿qué otros nombres ha utilizado? \_\_\_\_\_

**SUJETO:** (Nombre del negocio o del individuo contra quien es la queja. Identifique al vendedor o representante con quien trato.)

Nombre: \_\_\_\_\_ Número De Teléfono De Casa: \_\_\_\_\_

Número De Teléfono De Trabajo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Número De Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número De Teléfono De Casa: \_\_\_\_\_

Número De Teléfono De Trabajo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Número De Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

¿Como supo del sujeto? (Periódico, Televisión, etc.): \_\_\_\_\_

**DETALLES:**

Fecha Del Incidente: \_\_\_\_\_ Cantidad De pérdida: \_\_\_\_\_

Localidad De Incidente (Ciudad y Condado): \_\_\_\_\_

¿Firmo un contrato? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Si su respuesta es sí, favor de incluir una copia con esta forma.)

¿Se quejo con la empresa? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Fecha(s) de queja(s): \_\_\_\_\_

¿Tiene testigos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Nombre(s), Domicilio(s), y Número de Teléfono(s) de Testigo(s): \_\_\_\_\_

¿Se ha comunicado con un abogado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Nombre del abogado: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted algún proceso legal pendiente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Condado y número de Caso: \_\_\_\_\_

¿Ha contactado a otras agencias? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Fecha de contacto: \_\_\_\_\_

Nombre de Agencia, domicilio y número de teléfono: \_\_\_\_\_

---

¿Está dispuesto a firmar una queja y testificar en un juicio? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

