



FORMULARIO DE QUEJA CONTRA UN NEGOCIO/CORPORACIÓN

Santa Clara County
Office of the District Attorney
 Mediation Services, Consumer Protection Unit
 70 West Hedding Street
 San Jose, CA 95110
 Phone: 408-792-2880
 Fax: 408-279-8742
 Email: consumer@da.sccgov.org

Sólo Para Uso de la Oficina:
CM- _____
CV - _____

*Indica que el Campo es Obligatorio

SU INFORMACIÓN			
<input type="radio"/> Sr. <input type="radio"/> Srta. <input type="radio"/> Sra.	Nombre*	Apellido*	Inicial del Segundo Nombre
Dirección Postal*			
Ciudad*	Estado*	Código Postal*	País, si no es EE.UU.
Número de Teléfono durante el día*	Número de Teléfono durante la noche*	Número de Teléfono Celular*	
Condado de Residencia*		Dirección de Correo Electrónico*	
INFORMACIÓN ACERCA DE LA COMPAÑIA QUE SE ESTA QUEJANDO			
Nombre de la Compañía*		Nombre del Propietario/Director de la Compañía	
Dirección de la Compañía			
Ciudad	Estado	Código Postal	País, si no es EE. UU.
Número de Teléfono		Número de Fax	
Dirección de Internet de la Compañía (URL) Sitio Web		Dirección de Correo Electrónico	
INFORMACIÓN DE LA QUEJA			
Fecha de Transacción		Número de Cuenta (si aplica)	
Producto o Servicio Involucrado*			
¿Fue Anunciado el Producto o Servicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Donde:	Cuando:	
Cantidad Total Pagada	Cantidad de Disputa	¿Cómo se hizo el Pago:? <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Carta De Crédito <input type="checkbox"/> Targeta de Débito <input type="checkbox"/> Otro: _____	

¿Firmo un Contrato? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Donde se firmó?	Fecha de Inicio	Fecha de Expiración
¿Puso una Queja con la Compañía o Individuo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿ Si la respuesta es sí, cuando y como? Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Por Correo/ Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Por Teléfono/Fax <input type="checkbox"/> En Persona		
¿Con Quien se Comunico?	Título de Trabajo:	Número de Teléfono:	
¿Cómo Respondió la Compañía/Individuo?			
¿Qué forma de compensación está buscando? (e.g., intercambio, reparación, reembolso, etc.)			
¿Ha presentado esta queja con otra agencia?	Si la respuesta es sí, Nombre de la agencia		
¿Tiene un abogado para este caso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, Nombre del abogado	Número de teléfono del abogado	
¿Ha presentado una demanda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, número del caso Ubicación del tribunal Estado del caso		
RESUMEN DE LA QUEJA (Adjunte hojas adicionales si es necesario)			
INFORMACIÓN IMPORTANTE			
<ul style="list-style-type: none"> • La queja podrá ser asignada a la Unidad de mediación para asistir a ambas partes en la búsqueda de una solución mutuamente aceptable. La mediación concluye cuando se llega a un acuerdo o cuando una de las partes se niega a participar. • Si la queja cae dentro de la jurisdicción de otro local, estatal o federal, podemos remitir su queja a la agencia. Por otra parte, la denuncia podrá ser compartida con otras agencias del gobierno. • Esta oficina no tiene la autoridad para dar consejos legales o facilitar representación legal privada a los consumidores individuales. • Por favor envíe copias de cualquier comprobante que usted tenga, como correspondencia, contratos, facturas, recibos, etc. 			
DECLARACIÓN			
Mediante la presentación de la queja, yo afirmo que la información contenida en este documento es verdadera y exacta.			
Entiendo que una copia de esta queja será enviada al negocio del cual me quejo. [Si usted tiene preocupaciones con el negocio que reciba una copia de su queja, por favor comuníquese con la Unidad de Mediación llamando al (408) 792-2880 o por correo electrónico a consumer@da.sccgov.org después de presentar su queja.			
Autorizo al negocio a dar cualquier y toda la información con respecto a esta queja a la Oficina del Fiscal de Distrito del Condado de Santa Clara.			
Escriba su Nombre	Imprimir Nombre	Fecha	