

ESTADO DE NEVADA
OFICINA DE LA PROCURADURIA GENERAL

100 N. CARSON ST., CARSON CITY, NV 89701 – TEL# 775-684-1100 – FAX# 775-684-1108
555 E. WASHINGTON AVE., STE 3900, LAS VEGAS, NV 89101 – TEL# 702-486-3420 – FAX# 702-486-3768



DENUNCIA DEL CONSUMIDOR

*La información que usted proporcione en este formulario podría ser utilizada para investigar violaciones de leyes en el estado. **Por favor de llenar este formulario, en su totalidad.** La duración de este proceso puede variar en función de las circunstancias y la información que proporcione. La oficina del Procurador General puede ponerse en contacto con usted si necesita información adicional. Los materiales suplementarios se pueden adjuntar a la sección 6 de este formulario de queja, y si se adquieren materiales suplementarios adicionales después de presentar este formulario, por favor envíelos por correo electrónico a AGINFO@aq.nv.gov con queja en la línea de asunto.*

*****SOLO LAS DENUNCIAS FIRMADAS SERAN PROCESADAS*****

¿Ha presentado previamente una queja ante nuestra oficina? SI NO

¿Si es así, cuáles son las fechas aproximadas de las quejas presentadas anteriormente?

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PERSONAL

APELLIDO:		NOMBRE:		INICIAL:	
ORGANIZACION:					
DIRECCION:		CIUDAD:	ESTADO:	CODIGOPOSTAL:	
NUMERO DE TELEFONO:		CORREO ELECTRONICO:			
RANGO DE EDAD	<input type="checkbox"/> MENOR DE 21	<input type="checkbox"/> 21-39	<input type="checkbox"/> 40-65	<input type="checkbox"/> MAYOR DE 65	
IDIOMA PRIMARIO:					

SECCIÓN 2: TIPO DE QUEJA

<input type="checkbox"/> INVESTIGACION GENERAL	<input type="checkbox"/> LEY DE ASAMBLEAS ABIERTAS – saltar a la sección 4
<input type="checkbox"/> CRIMEN DE ALTA TECNOLOGIA	<input type="checkbox"/> INTEGRIDAD PUBLICA – contra funcionarios públicos o empleados – saltar a la sección 5
<input type="checkbox"/> FRAUDE DE SEGURO	<input type="checkbox"/> FRAUDE DE COMPENSACION A LOS TRABAJADORES
<input type="checkbox"/> FRAUDE DE MEDICAID	<input type="checkbox"/> VENTA DE BOLETOS
<input type="checkbox"/> FRAUDE DE HIPOTECARIO	<input type="checkbox"/> OTRA

SECCIÓN 3: INFORMACION DE LA COMPANIA O INDIVIDUE QUIEN TIENE SU QUEJA

NOMBRE COMPLETO DE LA COMPANIA:
NOMBRE DEL INDIVIDUO Y TITULO PROFESIONAL
DIRECCION DE COMPANIA/INDIVIDUO:
NUMERO DE TELEFONO:
CORREO ELECTRONICO DE COMPANIA/INDIVIDUO:
PAGINA DE INTERNET (URL):
¿HA CONTACTADO A UN ABOGADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI ES ASÍ, PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ABOGADO:
DETALLE LA NATURALEZA COMPLETA DE SU QUEJA, PROPORCIONE LOS ESPECÍFICOS DE LA IDENTIFICACIÓN:

DETALLES DE SU QUEJA

HA HECHO ALGÚN PAGO A ¿ESTE INDIVIDUO O NEGOCIO?	<input type="checkbox"/> SI- CONTINUAR CON LA SIGUIENTE PREGUNTA	<input type="checkbox"/> NO- SALTAR A LA SECCIÓN 6
CUÁNTO LE PIDIÓ EL INDIVIDUO O EL NEGOCIO ¿QUE PAGAR?	\$	FECHA DE PAGO:
CUÁNTO PAGASTE EN REALIDAD?	\$	MÉTODO DE PAGO:
¿FUE UN CONTRATO FIRMADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI ES ASÍ, FECHA FIRMADA:		
¿ES UNA ACCIÓN JUDICIAL PENDIENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
¿HA PERDIDO UNA DEMANDA EN ESTE ASUNTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
¿HA CONTACTADO A OTRA AGENCIA PARA RECIBIR AYUDA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI ES ASÍ, ¿QUÉ AGENCIA:		
EXPLIQUE SUS INTENTOS DE RESOLVER EL PROBLEMA:		

SECCIÓN 4: PRESUNTA VIOLACIÓN DE LEY DE REUNIÓN ABIERTA ESTÁ EN CONTRA

NOMBRE DEL ORGANISMO PÚBLICO: (TABLERO ESPECÍFICO, COMISIÓN, AGENCIA O PERSONA, ETC.)
FECHA DE LA REUNIÓN DONDE OCURRIÓ LA PRESUNTA VIOLACIÓN:
¿HA CONTACTADO A OTRA AGENCIA PARA RECIBIR AYUDA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI ES ASÍ, ¿QUÉ AGENCIA?
¿SE HA CONTACTADO CON UN ABOGADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI ES ASÍ, PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ABOGADO:
MI QUEJA ES:

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DEL OFICIAL PÚBLICO (A QUIEN SU QUEJA ESTÁ EN CONTRA)

NOMBRE Y TÍTULO DEL OFICIAL:
AGENCIA OFICIAL DEL GOBIERNO:
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE TELÉFONO:
¿HA CONTACTADO A OTRA AGENCIA PARA RECIBIR AYUDA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI ES ASÍ, ¿QUÉ AGENCIA?
¿SE HA CONTACTADO CON UN ABOGADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI ES ASÍ, PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ABOGADO:
MI QUEJA ES:

SECCIÓN 6: EVIDENCIA

Enumere y adjunte fotocopias de los documentos, acuerdos, correspondencia o recibos pertinentes que respalden su queja. Copie ambos lados de cualquier cheque cancelado que pertenezca a esta queja.

SECCIÓN 7: TESTIGOS

Enumere a otros testigos o víctimas conocidos. Proporcione los nombres, las direcciones, los números de teléfono, la dirección de correo electrónico y/o sitios web.

SECCIÓN 8: FIRMAR Y FECHAR ESTE FORMULARIO

(La Oficina del Procurador General no puede procesar ninguna queja sin firma, incompleta o ilegible)

Entiendo que el Procurador General **no es mi abogado privado**, sino más bien representa el interés del pueblo general imponiendo las leyes que prohíben prácticas comerciales fraudulentas, engañosas o injustas. Entiendo que el Procurador General **no** representa a los ciudadanos privados que buscan restituciones u otros recursos legales. Estoy presentando esta queja para notificar a la Oficina del Procurador General de las actividades de un negocio o individuo en particular. Entiendo que la información contenida en esta queja puede ser usada para establecer violaciones de la ley de Nevada tanto en acciones privadas como públicas. Con el fin de resolver su queja, podemos enviar una copia de este formulario a la persona o empresa de quien se está quejando. Autorizo a la Oficina del Procurador General a enviar mi queja y documentos de apoyo al individuo o negocio identificado en esta queja. También entiendo que la Oficina del Procurador General puede necesitar remitir mi queja a una agencia más apropiada.

Certifico bajo pena de perjurio que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi conocimiento.

*****SOLO LAS DENUNCIAS FIRMADAS SERAN PROCESADAS*****

FIRMA:

NOMBRE DE

LA IMPRESIÓN:

FECHA:

Facebook: [/NVAttorneyGeneral](#) Twitter: [@NevadaAG](#) YouTube: [NevadaAG](#)

➤ INFORMACIÓN OPCIONAL

SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> OTRO
ETNIA: <input type="checkbox"/> BLANCO/CAUCÁSICO <input type="checkbox"/> AFRO-AMERICANO <input type="checkbox"/> HISPANO/LATINO <input type="checkbox"/> NATIVO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO/ISLEÑO DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> OTRO
¿PODEMOS PROPORCIONAR SU NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO A LOS MEDIOS EN CASO DE UNA INVESTIGACIÓN SOBRE ESTE ASUNTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRO FORMULARIO DE RECLAMACIÓN? (ELEGIR UNO): <input type="checkbox"/> LLAMADA/VISITÓ LA OFICINA DE CARSON CITY <input type="checkbox"/> LLAMADA/VISITÓ LA OFICINA DE LAS VEGAS <input type="checkbox"/> LLAMADA/VISITÓ LA OFICINA DE RENO <input type="checkbox"/> ATENDIO UNA PRESENTACION/EVENTO DEL PROCURADOR GENERAL <input type="checkbox"/> OTRA AGENCIA ESTATAL DE NEVADA/FUNCIONARIO ELEGIDO <input type="checkbox"/> BUSQUEDA DE INFORMACION. <input type="checkbox"/> PAGINA DE INTERNET DEL PROCURADOR GENERAL <input type="checkbox"/> Red Social del AG <input type="checkbox"/> MEDIOS DE COMUNICACION/PERIÓDICO/RADIO/TV <input type="checkbox"/> OTRO
MARQUE TODO LO QUE SE APLICA: <input type="checkbox"/> INGRESO POR DEBAJO DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA. <input type="checkbox"/> VÍCTIMA DE UN DESASTRE. <input type="checkbox"/> PERSONA CON DISCAPACIDAD. <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO DE MEDICAID. <input type="checkbox"/> MIEMBRO DEL SERVICIO MILITAR. <input type="checkbox"/> VETERANO. <input type="checkbox"/> FAMILIAR INMEDIATO DE UN MIEMBRO DEL SERVICIO/VETERANO.

Facebook: [/NVAttorneyGeneral](#) Twitter: [@NevadaAG](#) YouTube: [NevadaAG](#)

PARA ENVIAR INFORMACIÓN ADICIONAL, MANDE UN CORREO ELECTRONICO A AGINFO@AG.NV.GOV