STATE OF CALIFORNIA
dca
DEPARTMENT OF CONSUMER AFFAIRS

STATE AND CONSUMER SERVICES AGENCY • GOVERNOR EDMUND G. BROWN JR.
PROGRAM AND CONSUMER SERVICES DIVISION
CONSUMER INFORMATION CENTER-CORRESPONDENCE
1625 North Market Boulevard, Suite N-112, Sacramento, CA 95834
P 800.952.5210 Toll Free | www.dca.ca.gov

FORMULARIO de QUEJA GENERAL

Por favor de usar formas separadas para cada queja.

Nombre de Reclamante	Nombre de Profesional o Negocio Licencia/Reg.#
Domicilio Número Calle	Domicilio Número Calle
Ciudad Estado Código	Ciudad Estado Código
Teléfono donde puede ser localizado (8am–5pm)	Teléfono de Negocio
Dirección electrónica en la Internet	¿Persona que lo atendio?

¿Que tipo de producto o articulo le concierne? Fecha de Reparación/Servicio/Compra
Brevamante explique su queja (Sea especifico—quien, que, cuando, donde, como.) (Usar papel adcional si es necesario)
¿Que quiere que la persona o compañia haga para satisfacer su queja?
¿Ha entablado esta queja con otra organización o agencia del gobierno? Sí ☐ No ☐
Si ha, por favor de dar la sigiente informacion:
Nombre de Agencia Persona de Contacto Número de Teléfono Numero de Caso

Favor de adjuntar **fotocopias** de datos envueltos (contratos, recibos, corespondencia, facturas, estimados, etc. que ayudara confirmar su queja, firme debajo, y envie al domicilo de arriba.

Yo certifico bajo las leyes del estado de California a lo mejor de mi conocimiento que todas las declaraciones son correctas.

Firme _____ Fecha _____