Departamento de Justicia de California

Oficina para el Abuso a los Ancianos y el Fraude a Medi-Cal

Estado de California
Procurador General
Bill Lockyer

FORMULARIO DE QUEJAS

Quiero reportar una sospecha de fraude a Medi-Cal o de abuso a ancianos. Entiendo que el Procurador General no representa a los ciudadanos particulares, que buscan remedios privados. Presento mis argumentos para que se evalúen, a fin de determinar si se aprueba la participación de las autoridades o acción legal, a nivel estatal.

Parte Demandante

Nombre _____

Dirección Residencial _____

_____

Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono en la Casa _____

Número de Teléfono en el Trabajo _____

Dirección electrónica _____

Método preferido de contacto:
☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Correo Electrónico

Queja en Contra de

Nombre _____

Dirección Residencial _____

_____

Ciudad _____

TRES MANERAS DE PRESENTAR SU QUEJA

(1) Presente en línea, usando este formulario

(2) Ó Imprima el Formulario de Quejas, para Enviarlo por Correo

Envíe por correo a:
California Department of Justice
Bureau of Medi-Cal Fraud & Elder Abuse
P.O. Box 944255
Sacramento, CA 94244-2550

(3) Ó Llame Gratuitamente a la Línea Informativa

1-800-722-0432
OFICINA PARA EL ABUSO A LOS ANCIANOS Y EL FRAUDE A MEDI-CAL, DE LA OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL DEL ESTADO

1-800-822-6222
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD

¿Se ha comunicado usted con la agencia de las autoridades locales? ○ Sí ○ No

Si así es, nombre de la agencia _____

¿Se ha comunicado usted con alguna otra agencia estatal? ○ Sí ○ No

Si así es, nombre de la agencia _____

¿Se ha comunicado usted con un(a) abogado(a)? ○ Sí ○ No

Si así es, nombre del/de la abogado(a) _____

¿Hay alguna acción pendiente en los tribunales? ○ Sí ○ No

Si así es, nombre del tribunal _____

¿Ha perdido usted alguna demanda sobre este asunto? ○ Sí ○ No

Por favor, proporcione una declaración de los hechos, que describa claramente la fecha, lugar e ídole del incidente o asunto, que usted esté reportando.

Describa brevemente cómo cree usted que esta oficina puede ayudarle.

Firmaré una declaración jurada, si se solicita. ○ Sí ○ No

Al presentar este formulario, certifico que entiendo que el Procurador General no representa a ciudadanos particulares, que buscan la devolución de dinero u otros remedios personales.

PRINT CLEAR FORM GET FLYER