



# Bad Check/Marker Complaint Form Clark County District Attorney

Bad Check Diversion Unit

301 E. Clark Ave., Suite 115, Las Vegas, NV 89101  
(702) 671-4701 Fax (702) 455-6410

Nota: Todas las respuestas "Si" indican que este caso debe ser manejado por la corte civil apropiada.

Una respuesta "si" puede resultar en este caso siendo negado por enjuiciamiento criminal.

- ⇒ Esta queja concierne a un cheque con fecha future?
- ⇒ Esta queja concierne a un cheque de segunda persona?
- ⇒ Esta queja concierne a una extensión de credito?
- ⇒ Se recibio pago parcial en esta cuenta?

Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DA's Office Use Only # de Caso: \_\_\_\_\_

## Información relacionada con la persona que giró el cheque

Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Sufijo:		
# de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Raza: (si es conocida)	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
Dirección #1:					
Dirección #2:					
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	País:		
Número de teléfono:	# de Licencia de Conducir:	Estado donde fue girada:			
Tipo de identificación:	# de Identificación:	Estado donde fue girada:			
# de Passporte:	País:	Cabello:	Ojos:	Estatura:	Peso:

## Información del cheque

# de cheque:	Fecha:	Cantidad del cheque:	Cobro del Banco:	Costos por envío certificado:
Nombre y dirección de la persona que acepto el cheque:				Todavía esta empleado por Usted: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Propósito del cheque (requerido): (sueldo, renta, mercancía, servicios, juego, etc.)				
Lugar físico donde el cheque fue girado:				
Instituto o Banco que aparece en el cheque:			Numero de Cuenta:	

## Información de la Víctima

Nombre de la víctima o del negocio:	Nombre de la Corporación (si es diferente):	
Dirección para correspondencia:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Nombre de la persona que podamos contactar (Porfavor imprima):	# de Teléfono:	# de Fax:
Dirección de correo electrónico que podamos contactar:		

Yo (Nosotros) por este medio autorizo que el Fiscal Del Distrito Del Distrito Del Condado De Clark o su designado como mi agente a endosar o cobrar cualquier instrumento negociable ofrecido por o para el librador del cheque presentado para colecciones por esta petición. Yo (Nosotros) por este medio certifico que toda la información en esta queja es verdad y exacta a lo mejor de mi conocimiento.

<b>X</b>	Firma del Demandante:	Imprime el nombre:	Fecha:
----------	-----------------------	--------------------	--------

\*Esta forma debe ser firmada fechada cuando sea sometida.