



SUPERVISORIAL DISTRICT:  
1<sup>ST</sup> 2<sup>ND</sup> 3<sup>RD</sup> 4<sup>TH</sup> 5<sup>TH</sup>

# SOLICITUD DE MEDIACION

Complete y envíe este Formulario a:  
**CONDADO DE LOS ANGELES DEPARTAMENTO DE ASUNTOS DE CONSUMIDORES Y NEGOCIOS**  
500 WEST TEMPLE STREET, B-96  
LOS ANGELES, CA 90012-2706  
Tel. (213) 974-0825 Fax. (213) 687-1137  
Email: [dcba@dcba.lacounty.gov](mailto:dcba@dcba.lacounty.gov) ♦ [dcba.lacounty.gov](http://dcba.lacounty.gov)



LOS ANGELES COUNTY  
**CONSUMER & BUSINESS AFFAIRS**

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE:

Case Number: \_\_\_\_\_

Date Opened: \_\_\_\_\_

Date Closed: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Complete ambos lados de este Formulario. Imprima o escriba claramente en tinta. Adjunte copias de documentos (*no originales*) que ayuden su solicitud (contratos, recibos, anuncios publicitarios).

PERSONA SOLICITANDO MEDIACION:		MI DISPUTA ES CON:	
Nombre:		Nombre del dueño o representante:	
Nombre del Negocio:		Nombre del Negocio:	
Domicilio:		Domicilio:	
Ciudad, Estado, Código Postal:		Ciudad, Estado, Código Postal:	
Teléfono (Día):	Teléfono (Noche):	Teléfono (Día):	Teléfono (Noche):
Correo Electrónico:	Fax:	Correo Electrónico:	Fax:

1. ¿Tiene este caso archivado en corte?  No  Si (Fecha de corte: \_\_\_\_\_)

2. ¿Es usted nuestro cliente por primera vez?  No  Si (Número de caso anterior: \_\_\_\_\_)

3. ¿Quién lo refirió a nosotros?

<input type="checkbox"/> Nuestro Sitio de Internet	<input type="checkbox"/> Agencia de Gobierno/Pública	<input type="checkbox"/> Barra de Abogados o Abogado
<input type="checkbox"/> La Corte	<input type="checkbox"/> Entidad Privada/Sin Fines de Lucro	<input type="checkbox"/> Desconocido/Prefiere no Decirlo
<input type="checkbox"/> La Escuela	<input type="checkbox"/> La Procuraduría o Fiscalía	<input type="checkbox"/> Usted Mismo
<input type="checkbox"/> La Policía	<input type="checkbox"/> Asesor de Reclamos Menores	<input type="checkbox"/> Otro:

4. Tipo de disputa: Marque la casilla que mas identifique su situación:

<input type="checkbox"/> Consumidor v. Negocio
<input type="checkbox"/> Negocio v. Negocio
<input type="checkbox"/> Vecino v. Vecino
<input type="checkbox"/> Asunto Familiar/Domestico
<input type="checkbox"/> Agencia de Gobierno/Pública
<input type="checkbox"/> Inquilino o Arrendador
<input type="checkbox"/> Asunto Criminal
<input type="checkbox"/> Organizativo
<input type="checkbox"/> Daños Personales
<input type="checkbox"/> Daños a Propiedad
<input type="checkbox"/> Escuelas
<input type="checkbox"/> Empleo

5. Datos demográficos (para proporcionar este servicio gratuito debemos solicitar esta información demográfica. La información en esta *Página* es confidencial, para fines estadísticos solamente, y *no la compartiremos con la otra parte*).

SU ORIGEN ETNICO:		SU IDIOMA PRINCIPAL:		SUS INGRESOS:
<input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacifico	<input type="checkbox"/> Armenio	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> \$20,000 o menos	
<input type="checkbox"/> Blanco (no Hispano/Latino)	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> \$20,001 - \$30,000	
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Tagalo	<input type="checkbox"/> \$30,001 - \$50,000	
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> \$50,001 o mas	
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Declino decirlo	
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Declino decirlo	<input type="checkbox"/> Farsi	<input type="checkbox"/> Declino decirlo	
TIPO DE SOLICITUD:		DISCAPACIDAD:	VIVIENDA:	
<input type="checkbox"/> Negocio representado por sí mismo		<input type="checkbox"/> Discapacidad mayor	<input type="checkbox"/> Tengo hogar	
<input type="checkbox"/> Individuo representado por sí mismo		<input type="checkbox"/> Discapacidad menor	<input type="checkbox"/> No tengo hogar	
<input type="checkbox"/> Compañía de seguros representada por sí misma		<input type="checkbox"/> No Discapacidad	<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Otro – representado por sí mismo		<input type="checkbox"/> Declino decirlo	<input type="checkbox"/> Declino decirlo:	
<input type="checkbox"/> Abogado representando a negocio			<b>EDAD:</b>	
<input type="checkbox"/> Abogado representando a entidad gubernamental		<b>SEXO:</b>	<input type="checkbox"/> 17 o menor	
<input type="checkbox"/> Abogado representando a individuo o a si mismo		<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> 18 – 39	
<input type="checkbox"/> Abogado representando a compañía de seguros		<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> 40 – 64	
<input type="checkbox"/> Abogado representando a otro		<input type="checkbox"/> Declino decirlo	<input type="checkbox"/> 65 o mayor	

Por favor describa su disputa. Incluya nombres, eventos y fechas. **La información en esta página será compartida con la otra parte en la disputa.** Imprima o escriba la información claramente en tinta.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**¿Cuál es una solución justa y razonable a esta disputa?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Por favor lea la siguiente declaración antes de firmar:**

Certifico que, a mi mejor conocimiento, la información que he proveído es verdadera, correcta y completa. Deseo resolver esta disputa por medio del Servicio de Resolución de Disputas del Departamento de Asuntos del Consumidor y Negocios del Condado de Los Ángeles.

Si usted lo pide, intentaremos servirlo después de horas de oficina o en fines de semana.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_