

CASO DE FRAUDE # _____
(Sólo para uso de la Sección
de Fraude BDI)

ESTADO DE LA FLORIDA
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD EN LAS CARRETERAS
Y VEHÍCULOS MOTORIZADOS

SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN DE FRAUDE
ESTE FORMULARIO DEBE LLENARSE SÓLO CUANDO ALGUIEN ES VÍCTIMA DE
UN FRAUDE DE LICENCIA DE CONDUCIR O TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

FECHA Y HORA DE LA QUEJA: ____/____/____ _____ (A.M.) ____ (P.M.)

(NÚMERO DE OFICINA) (DIRECCIÓN Y # DE TEL. DE OFICINA) (DIRECCIÓN Y ID # DEL
REPRESENTANTE DEL DHSMV)

Queja fue presentada por: __ Víctima __ Agente de la Ley __ Otro

- Si la queja fue originada por un Agente de la Ley u Otro, favor listar información de contacto que incluya la agencia, nombre del oficial, dirección, teléfono y cualquier relación posible con la víctima o el impostor.
- ¿Se ha formulado alguna queja formal ante cualquier Agencia de la Ley u otra entidad gubernamental en conexión con esta queja? __ SÍ __ NO
Si es sí, favor listar el nombre de la agencia, nombre del oficial, número del caso e información sobre contacto.
- ¿Le han robado algunos documentos de identidad a la víctima, o se han extraviado? __ SÍ __ NO
Si es sí, favor listar los artículos y la fecha aproximada de su pérdida: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA:

Mejor hora para llamar: _____

No. de Teléfono: Trabajo (____) _____ Casa (____) _____ No. de Fax (____) _____

Nombre completo de la víctima: _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido) (Apellido de la made)

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: _____

de LC o ID de la Florida _____ OOS LC/ID# _____

Dirección postal actual o anterior: _____

TIPO/TIPOS DE FRAUDE/FRAUDES COMETIDO/COMETIDOS:

1. __ Fraude de LC/ID de fuera del estado
2. __ Fraude con boletos
3. __ Fraude con tarjeta de crédito o bancaria
4. __ Fraude de inmigración, pasaporte o tarjeta de Seguro Social
5. __ Fraude de seguros
6. __ Fraude de certificado (matrimonio, nacimiento, título de vehículo, etc.)
7. __ Otro

¿Se han emitido boletos? __ SÍ __ NO Si sí, ¿en que condado o estado? _____

¿Conoce la víctima al impostor? SÍ NO Si sí, complete información al dorso de este formulario.

¿Ha visto la víctima una fotografía del impostor? SÍ NO

¿Tiene parentesco con la víctima el impostor? SÍ NO Si sí, ¿cuál es el parentesco? _____

Ciudad/Condado/Estado donde puede ser localizado el impostor: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL POSIBLE IMPOSTOR:

Nombre del posible impostor: _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido) (Apellido de la made)

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Número de Seguro Social: _____

de LC o ID de la Florida _____ OOS LC/ID# _____

Dirección postal actual o anterior: _____
Liste cualquier alias, fecha de nacimiento o número de Seguro Social del posible impostor. Liste también cualquier otro nombre y número de licencia de conducir envuelto; incluya información sobre licencia de conducir de otro estado.

INFORMACIÓN SOBRE EL POSIBLE IMPOSTOR:

Nombre del posible impostor: _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido) (Apellido de la made)

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Número de Seguro Social: _____

de LC o ID de la Florida _____ #OOS LC/ID _____

Dirección postal actual o anterior: _____
Liste cualquier alias, fecha de nacimiento o número de Seguro Social del posible impostor. Liste también cualquier otro nombre y número de licencia de conducir envuelto; incluya información sobre licencia de conducir de otro estado.

QUEJA:

**ENVÍE ESTE FORMULARIO A:
DDL/BDI – Fraud Section Room A327, Neil Kirkman Building, Tallahassee, FL 32399-0570**