

**Secretary of State
State of California**

Aviso importante: Escriba la información en este formulario *a máquina* o *en letra de molde*.

Información Sobre el Reclamante

Nombre	
--------	--

Apellido	
----------	--

No. y calle		Apto. No.	
-------------	--	-----------	--

Ciudad Estado Código postal

Teléfono día (con el código de área)

Teléfono noche (con el código de área)	
--	--

Correo electrónico	
--------------------	--

Esta Queja Se Presenta Contra La/s Siguiete/s Persona/s u Organización/es

Nombre/s	
----------	--

Organización/es	
-----------------	--

Cargo de la persona (si corresponde)	
--------------------------------------	--

Declaración de los Hechos (si es necesario, añada hojas).

Fecha/s y hora/s en que el evento/s alegado/s sucedió	
---	--

Ubicación del evento/s alegado/s	
----------------------------------	--

Nombres y teléfonos de testigos o de otras víctimas (si corresponde)	
--	--

--

Describa Su Queja (si es necesario, añada hojas).

--

--

--

Describe Su Queja (si es necesario, añada hojas) - Continuo

[illegible]

Firma: Acepto que toda la información que antecede es verdadera y que refleja fielmente el asunto en cuestión, según mis mejores conocimientos.

Firma

--

Fecha

Entregue este formulario a:
California Secretary of State
Elections Division
1500 11th Street, 5th Floor, Sacramento, CA 95814
Fax: (916) 653-3214

Para más información o ayuda:
inglés: (916) 657-2166 o (800) 345-VOTE (8683)
español: (800) 232-VOTA (8682)
www.sos.ca.gov