



QUEJA DEL CONSUMIDOR

Oficina del Procurador General de Indiana
(R5 / 12-17)

INSTRUCCIONES: Para evitar retrasos, por favor complete **ambos lados** del formulario en su totalidad. Escriba con claridad o a máquina. **No incluya su Número de Seguro Social** en esta forma o en ninguno de los documentos que anexe. **Por favor tome en cuenta que:** Si usted obtuvo una orden de la corte o hay litigación pendiente, estaremos limitados de tomar acción en su queja.

Sección 1: Sus Datos

| | | | |
|--|--|------------------------------|-----------------------------|
| Título Personal <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Señorita <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Rev. | | Domicilio | |
| Nombre Completo u Organización/Agencia | | Ciudad | Estado |
| Si es Agencia u Organización, proporcione nombre de un contacto principal | | Condado | Numero de Teléfono |
| Grupo de Edad <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 55-59 <input type="checkbox"/> 60+ | | Correo Electrónico (Email) | |
| ¿Le podemos contactar por correo electrónico? Si afirma que "Sí", no le enviaremos correo postal. | | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Usted o su esposo es militar en servicio activo? | | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

Sección 2: ¿Contra Quién es su Queja?

| | | | |
|--------------------|--------------------|--|--------|
| Individuo/Compañía | | Nombre de la Persona o Representante con quien trató Ud. | |
| Domicilio | | Ciudad | Estado |
| Condado | Numero de Teléfono | Correo Electrónico | |

Sección 3: Detalles de la Transacción o Incidente

| | | | |
|--|---|--|---|
| 3-A: Fecha de Transacción / Incidente | 3-B: ¿Si fue una Transacción, Para que se realizó? <input type="checkbox"/> Mi negocio <input type="checkbox"/> Mi familia u hogar <input type="checkbox"/> Mi granja <input type="checkbox"/> Organización sin fines de lucro / Iglesia | | |
| 3-C: ¿Donde ocurrió la Transacción o Incidente? (marque la casilla según su caso) | | | |
| <input type="checkbox"/> En Mi Hogar | <input type="checkbox"/> Por Internet/ Email | | |
| <input type="checkbox"/> En el negocio o establecimiento | <input type="checkbox"/> Por Teléfono | | |
| <input type="checkbox"/> En lugar ajeno al negocio (conferencia, demostración, exhibición) | <input type="checkbox"/> En los Medios Sociales | | |
| <input type="checkbox"/> Por correo | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |
| 3-D: ¿Cuál fue el primer contacto entre usted y el individuo o compañía? | | | |
| <input type="checkbox"/> Llamé por teléfono | <input type="checkbox"/> Recibí información por correo postal | <input type="checkbox"/> Respondí a un anuncio impreso | |
| <input type="checkbox"/> Respondí a anuncio de TV/radio | <input type="checkbox"/> Fui al negocio o establecimiento | <input type="checkbox"/> Otro, descríbalos aquí: | |
| <input type="checkbox"/> Un representante vino a mi hogar | <input type="checkbox"/> Recibí llamada por teléfono | | |
| <input type="checkbox"/> Recibí información p/ correo electrónico | <input type="checkbox"/> Respondí a una oferta en internet | _____ | |
| 3-E: ¿Cómo Pagó? | | | |
| <input type="checkbox"/> En efectivo | <input type="checkbox"/> Tarjeta Credito/Prepago | <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Pay-Pal |
| <input type="checkbox"/> Cheque | <input type="checkbox"/> En abonos | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Póliza de Seguro |
| | | <input type="checkbox"/> Transferencia de Fondos | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| 3-F: Cantidad asociada con su pérdida, si hubo: | \$ | | |

Sección 4 Acciones del Consumidor

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 4-A: ¿Firmó un contrato o acuerdo? Si es así, anexe copias de los documentos del mismo. |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 4-B: ¿Ha contratado abogado particular? |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 4-C: ¿Se ha iniciado acción en la corte? Si es así, anexe copias de los documentos de la corte. |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 4-D: ¿Usted ha demandado o a Usted se le ha demandado por este asunto? Si es así, anexe copias de los documentos. |

