STEVE CARTER
Procurador General Estado de Indiana

QUEJA DEL CONSUMIDOR

Para evitar retrasos, asegure **completar ambos lados**. Escriba claramente. **NO INCLUYA** su numero de Seguro Social en esta forma **ni** en los documentos que anexe.

1. Su Información

☐ Señor ☐ Señora ☐ Señorita

Nombre _____

Domicilio _____

Ciudad _____ **Estado** _____

Código Postal _____ Condado _____

Teléfono ( ) _____ **En el Día**

( ) _____ **Por la Tarde**

Correo electrónico _____

2. ¿Contra Quien es su Queja?

Nombre / Negocio _____

Domicilio _____

_____

Ciudad _____ **Estado** _____

Código Postal _____ Condado _____

Teléfono ( ) _____

Correo electrónico _____

Persona con quien trató _____

3. ¿Cuándo ocurrió la transacción /incidente?

Fecha **Hora** ☐ AM ☐ PM

4. ¿Dónde ocurrió?

- ☐ en el negocio o establecimiento
- ☐ en mi hogar
- ☐ en lugar ajeno al negocio o a mi hogar (conferencia, exposición, demostración)
- ☐ Otro: _____
- ☐ por correo
- ☐ por Internet / e-mail
- ☐ por teléfono

5. ¿Cuál fue el primer contacto entre usted y el negocio o prestador de servicios?

- ☐ Llamé por teléfono
- ☐ Respondí a anuncio de TV / radio
- ☐ Un representante vino a mi hogar
- ☐ Recibí información por correo electrónico
- ☐ Recibí información en el correo
- ☐ Fui al negocio o establecimiento
- ☐ Recibí llamada por teléfono en casa.
- ☐ Respondí a una oferta en Internet.
- ☐ Respondí a un anuncio por escrito.
- ☐ Otro: _____

6. ¿Da consentimiento a la División de Protección al Consumidor para que disponga la siguiente información al publico?

El tipo de queja y el nombre del negocio o compañía.	☐ Si	☐ No
Su nombre	☐ Si	☐ No
Su numero telefónico	☐ Si	☐ No

7. ¿Para qué fue la Transacción?

- ☐ Mi Negocio
- ☐ Mi Familia / Hogar
- ☐ Mi Granja

8. ¿Cómo Pagó?

- ☐ **Efectivo**
- ☐ **Cheque**
- ☐ **Tarjeta de Crédito**
- ☐ **En abonos**
- ☐ **Medicaid**
- ☐ **Medicare**
- ☐ **Póliza de Seguros**
- ☐ **Otra forma:** _____

9. ¿Firmó algún acuerdo o contrato por escrito? Favor de incluir copia del mismo.

☐ **SI** ☐ **NO**

NO ESCRIBA ENSEGUIDA **PARA USO OFICIAL SOLAMENTE** **CONTINUE AL REVERSO** →

Ind	Prac	PL	MO	NL	NJ	OA:	Inv.	Sec	File#
									-CP-

10. ¿Ha reclamado al negocio o compañía? ☐ SI ☐ NO

¿Cuándo? _____ **¿Qué acción se tomó?** _____

11. ¿Ha presentado su queja ante otra institución?

Agencia _____ **¿Qué acción se tomó?** _____

12. ¿Ha consultado con algún abogado? ☐ SI ☐ NO

13. ¿Se ha iniciado juicio en la corte? Si es así, anexe copias de documentos de la corte. ☐ SI ☐ NO

14. ¿Ha sido demandado por este asunto? Si es así, anexe copias de documentos de la corte ☐ SI ☐ NO

15. Por favor describa y detalle su queja, agregue notas si es necesario. Escriba con claridad por favor.

Anexe copias de todos los documentos pertinentes a su queja; recibos, contratos, cheques, garantías, ofertas, presupuestos, correspondencia, etc.

NO INCLUYA SU NUMERO DE SEGURO SOCIAL.

16. ¿Cómo le gustaría que su queja fuese resuelta?

Hago constar que la información que he suministrado en este formulario es exacta y verdadera mi leal saber y entender. Consiento que se le otorgue cualquier información relacionada con mi queja a la División de Proyección al Consumidor. Entiendo que no debo incluir mi número de seguro social ni en este formulario o en ninguno de los documentos anexos. Si diese mi numero de seguro Social estaría expresamente autorizando su divulgación según el Código § 4-1-10-5(2) de Indiana.

Su Firma _____ **Fecha** _____

¿Qué sigue? ¿Qué mas debo hacer?

La División de Protección al Consumidor enviará una copia de su queja al negocio, compañía o prestador de servicios. Esta oficina no puede divulgar quejas contra un profesionista con licencia a menos que hubiese acción disciplinaria contra el mismo. Esta oficina representa al Estado de Indiana y está limitada en remedios legales que persigue. Usted podría tener derecho a compensación o a otros derechos que nosotros no podríamos litigar. Además de presentar esta queja usted puede consultar un abogado o acudir a la corte de casos menores.

Envíe la forma por correo a:

Procurador General Steve Carter
División de Protección al Consumidor
Government Center South, 5th floor
302 West Washington Street
Indianápolis, IN 46204

317-232-6330 (teléfono) 317-233-4393 (Fax) www.in.gov/attorneygeneral