



# QUEJA DEL CONSUMIDOR

Oficina del Procurador General de Indiana  
(R4 / 11-16)

**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<br><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<br>Código Postal     |
| Si es Agencia u Organización, proporcione nombre de un contacto principal  |  | Condado                      | Numero de Teléfono          |
| Grupo de Edad<br><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<br>Código Postal |
| 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?<br><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. |

