



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 <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.

