



DEPARTMENT OF BUSINESS AND INDUSTRY
OFFICE OF THE DIRECTOR

FORMULARIO DE QUEJA

Ombudsman of Consumer Affairs for Minorities

INSTRUCCIONES: FAVOR DE COMPLETAR EL FORMULARIO (EN TINTA) Y ASEGURARSE DE FIRMAR.

SECCIÓN 1. DATOS GENERALES

CONSUMIDOR (USTED)

Su apellido: _____

Su nombre: _____

Su dirección: _____

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Su número de teléfono: _____

Su número de móvil: _____

Su número de fax: _____

Su email: _____

Cómo se enteró de nosotros: _____

Age 18 - 34 35 - 59 60+

SU QUEJA EN CONTRA DE

Negocio / individuo: _____

Contacto de negocio/individuo: _____

Dirección de negocio/individuo: _____

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Número de teléfono de negocio/individuo: _____

Número de móvil de negocio/individuo: _____

Número de fax de negocio/individuo: _____

Email de negocio/ individuo: _____

Página Internet de negocio/individuo: _____

Age 18 - 34 35 - 59 60+

SECCIÓN 2. MONTO FINANCIERO RECLAMADO

¿Hizó usted pagos a este individuo o negocio? _____ Sí _____ No

En caso de -Sí- como respuesta; proporcione por favor:

Cuándo inició la transacción _____

Fecha de pagos: _____

Forma de pagos: _____

Cantidad total de pagos: _____

¿Cuánto dinero reclama en la fecha de esta queja? _____

Esta queja es solo para denunciar actividades particulares de un negocio o individuo ? _____

