



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 ? \_\_\_\_\_

