



**ATTORNEY GENERAL LETITIA JAMES
STATE OF NEW YORK
OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL**

BUREAU OF CONSUMER FRAUDS AND PROTECTION
28 Liberty Street
New York, NY 10005
Tel. (212) 416-8300 Fax (212) 416-8787

FORMULARIO DE QUEJA
Teléfono Directo Para Personas con
Del Consumidor Problemas Auditivos
1 (800) 771-7755 TDD (800) 788-9898
<http://www.ag.ny.gov>

1. POR FAVOR, QUEJESE A LA COMPAÑIA O INDIVIDUO ANTES DE INICIAR ESTA QUEJA.
2. POR FAVOR, COMPLETE A MAQUINA O USE LETRA DE MOLDE Y TINTA OSCURA.
3. DEBE COMPLETAR TODO EL FORMULARIO. LOS FORMULARIO INCOMPLETOS O IMPRECISOS SERAN DEVUELTOS.
4. ASEGURESE DE INCLUIR COPIAS DE LOS DOCUMENTOS IMPORTANTES PERTINENTES A SU TRANSACCION.

CONSUMIDOR			
Su nombre		Teléfono (Casa)	
Dirección		Teléfono (Trabajo)	
Ciudad	Condado	Estado	Zona Postal
QUEJA			
Nombre del Vendedor o Proveedor de Servicios		Nombre de Otro Vendedor o Proveedor de Servicios	
Dirección		Dirección	
Ciudad	Estado	Zona Postal	Ciudad Estado Zona Postal
Teléfono		Teléfono	
Fecha de Transacción	Costo del Producto o Servicio \$	Modo de pago (Marque los que apliquen): <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> Otro	
¿Firmó algún contrato? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Dónde?	Fecha	
¿Fue anunciado el producto o servicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Dónde?	Fecha	
Tipo de Queja (v.g., carro, orden por correo, etc. Use el reverso para proveer detalles.)			
Fecha en que se quejó a la compañía o individuo <input type="checkbox"/> Por correo <input type="checkbox"/> Por Teléfono <input type="checkbox"/> En Persona	Persona con quien se comunicó	Título de Trabajo	
Respuesta que le dieron			Fecha
¿Le ha presentado este asunto a otra agencia o abogado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si "Sí," de el nombre y dirección.)			
—			
¿Hay alguna acción judicial pendiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
INFORMACION ADICIONAL			
Fabricante del Producto			Modelo o número de serie
Dirección			Fecha de vencimiento de la garantía
¿Obtuvo financiamiento através de la compañía? (Si "Sí," de el nombre y dirección del banco o compañía de finanzas.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____			

POR FAVOR, DESCRIBA LA QUEJA EN EL REVERSO

Especifique brevemente los hechos referentes a su queja _____

¿Qué ayuda desea? (v. g., intercambio, reparación, reembolso, etc.) _____

¿Quién lo refirió a esta oficina? _____

LEA LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR

POR FAVOR, ADJUNTE A ESTE FORMULARIO **FOTOCOPIAS** de cualquier documento pertinente (contratos, garantías, facturas, cheques cobrados, correspondencia, etc.). **NO ENVIE LOS ORIGINALES.**

NOTA: Para poder resolver su queja, es posible que mandemos una copia de este formulario a la persona o compañía de la cual se queja.

Al iniciar esta queja, tengo entendido que el Procurador General no es mi abogado privado, sino que representa al público aplicando las leyes designadas para protegerlo contra practicas de negocios que sean engañosas o ilegales. También entiendo que si tengo preguntas sobre mis derechos legales o responsabilidades, debo comunicarme con un abogado privado. No me opongo a que se envíe el contenido de esta queja a la compañía o individuo contra quien va dirigida. Según mi mejor conocimiento esta queja es verídica y exacta.

También entiendo que cualquier declaración falsa en esta queja es castigable como delito menor de Clase A, bajo la Sección 175.30 y/o la Sección 210.45 de las Leyes Penales.

Firma: _____ Fecha: _____

¿HA INCLUIDO COPIAS DE LOS DOCUMENTOS PERTINENTES?

**Envíe a: Office of the Attorney General
Bureau of Consumer Frauds and Protection
28 Liberty Street, 15th Floor
New York, NY 10005**