



**Division of
Consumer Protection**

State of New York
Department of State
Division of Consumer Protection
One Commerce Plaza
99 Washington Avenue, Suite #640
Albany, NY 12231-0001
Teléfono: (518) 474-8583
FAX: (518) 486-3936
LÍNEA DE AYUDA PARA QUEJAS DEL CONSUMIDOR: 1-800-697-1220

FORMULARIO DE QUEJA DEL CONSUMIDOR

IMPORTANTE : Si ha tomado **cualquier acción** dentro de un tribunal de justicia con respecto a esta queja, la División de Protección al Consumidor (DCP) no puede brindar asistencia adicional. **Cualquier acción** incluye los procedimientos judiciales que están actualmente pendientes y aquellos en los que el tribunal ha dictado una decisión final. No obstante, puede presentar su queja para crear un registro público de su inquietud con DCP.

Nombre y apellidos:

Dirección (**Habitación principal / Lista#**): Ciudad (*): Estado (*): Código postal:

Número de teléfono durante el día: Número de teléfono durante la noche: Dirección de correo electrónico:

¿Ha servido en el ejército? Sí No

¿Algún miembro de su familia inmediata ha servido en el ejército?/ Sí No

INFORMACION DE LA EMPRESA (*Compañía involucrada en la disputa - Nombre de la empresa contra la que se queja*)

Nombre de la empresa o del vendedor: Representante / vendedor de la empresa y cargo:

Dirección de la empresa o del vendedor (suite, apartamento): Ciudad: Estado: Código postal:

Número de teléfono de la empresa o del vendedor: Número de fax de la empresa o del vendedor:

Número de licencia de la empresa o del vendedor (si está disponible): Dirección de correo electrónico de la empresa o del vendedor:

¿Se ha puesto en contacto con alguna otra agencia gubernamental o funcionario electo para que le ayude a resolver esta queja?
(Marque uno) Sí No

Contacto de la agencia o funcionario electo:

Asistencia recibida:

DATOS DE LA DENUNCIA

Adjunte a este formulario copias de cualquier documento (por ejemplo, contratos, garantías, facturas recibidas, cheques cancelados y cualquier documento que respalde su queja). **No envíe documentos originales.**

Fecha en que ocurrió el problema por primera vez: Fecha (s) en que se quejó a la empresa: A quién se quejó:

Marca o fabricante: Nombre o número de modelo: Número de serie:

Fecha de vencimiento de la garantía: Fecha de compra: Contrato, Cuenta o número de póliza:

Fecha de firma del contrato u orden:

INFORMACIÓN DE QUEJAS (continuación)

Descripción de la queja: *Imprima o escriba una descripción clara de la queja (por ejemplo, naturaleza o tipo de queja: automóvil, pedido por correo, telemarketing, Internet, etc.) Adjunte información adicional del pasajero, si es necesario.*

INFORMACIÓN DEL PAGO

¿Ya pagó por el producto o servicio?

(Marque uno) sí No Compra parcial Monto en disputa: \$ _____

METRO Método de pago: (Marque uno) Dinero en efectivo Cheque Tarjeta de crédito Giro postal

DESCRIPCIÓN DE LA RESOLUCIÓN QUE SOLICITA (por ejemplo, reembolso, crédito, cambio o reembolso)

POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR A CONTINUACIÓN

Al presentar este formulario, entiendo que la División de Protección al Consumidor está intentando mediar en mi queja. También entiendo que, si tengo alguna pregunta sobre mis derechos o responsabilidades legales, debo comunicarme con un abogado privado. Por la presente autorizo a la División de Protección al Consumidor a trabajar con las entidades gubernamentales y del sector privado correspondientes en mi nombre, lo que incluye solicitar y revisar los documentos correspondientes, para intentar resolver mi disputa. No tengo ninguna objeción a que el contenido de esta queja se envíe a la empresa o persona de servicio contra la que se dirige la queja. Entiendo que este documento está sujeto a divulgación bajo la Ley de Libertad de Información. La queja anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma: _____ Fecha: _____

Regrese a: Departamento de Estado del Estado de Nueva York
División de Protección al Consumidor
Unidad de asistencia al consumidor
One Commerce Plaza
99 Washington Avenue, Suite 640
Albany, NY 12231