



State of Rhode Island and Providence Plantations
Departamento Del Procurador General
Peter F. Kilmartin, Attorney General

Unidad de Protección al Consumidor
150 South Main Street
Providence, RI 02903
(401) 274-4400 TDD (401) 453-0410
Fax (401) 222-5110
www.riag.ri.gov

INFORMACION DEL CONSUMIDOR:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono durante el día _____

Correo Electrónico (opcional) _____

INFORMACION DE LA COMPANIA/ NEGOCIO:

Nombre de la compañía _____

Dirección de la compañía _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Teléfono de la compañía _____ Nombre del Vendedor o Dueño _____

Correo Electrónico _____

Para propósitos estadísticos, por favor indique:

Su Edad:

- Menor de 60 años
 Mayor de 60 años

Servicio Militar/ Veterano:

- Actualmente en servicio militar
 Veterano

Como se entero de nosotros (por favor solo seleccione uno solamente):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Llame a la oficina del Procurador | <input type="checkbox"/> Asistí a una presentación/evento del Procurador |
| <input type="checkbox"/> Visite el sitio web del Procurador | <input type="checkbox"/> Prensa/ Radio/ Televisión |
| <input type="checkbox"/> Otra agencia del estado de Rhode Island | <input type="checkbox"/> Por una agencia fuera del estado |
| <input type="checkbox"/> Un legislador del estado de Rhode Island | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Podemos mandar copia de este formulario a la compañía en contra de la cual se está quejando?

SI NO

(Si su respuesta es NO, tal vez nos impida actuar sobre su queja.)

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACION EN EL OTRO LADO DE ESTA FORMA

¿Podemos proveer su nombre y número de teléfono a la prensa si hay alguna pregunta sobre este asunto? (Si es así, vamos hacer todo lo posible para comunicarnos con usted antes de divulgar su información a los medios de comunicación)

SI NO

¿Le dieron garantía oralmente o por escrito? SI NO

¿Firmó usted algunos documentos? SI NO

Fecha de Transacción _____ Lugar de la Transacción _____

Testigos de la Transacción _____ Nombre del Vendedor _____

Cantidad total de los daños **(en términos monetarios)** _____

¿Se ha quejado con la compañía? SI NO

¿Cuál fue la respuesta? _____

¿Se anunciaba un servicio o producto? SI NO

Si su respuesta es Sí, indique como se anuncio y la fecha _____

¿Tiene usted un abogado? SI NO

Si su respuesta es Si, por favor indique el nombre y la dirección de su abogado

¿Hay acciones legales pendientes? SI NO

Liste alguna otra agencia gubernamental o de ayuda al consumidor que haya contactado

En el espacio abajo en pocas palabras explique la razón de su queja. Describa los eventos en el orden en que pasaron, dando las fechas si es posible. **POR FAVOR INCLUYA COPIAS DE LOS RECIBOS, FACTURAS, CHEQUES CANCELADOS O CUALQUIER DOCUMENTO RELEVANTE A SU QUEJA.** (Si el espacio abajo no es suficiente, por favor envíelo en una página)

incluyendo cualquier declaración adjunta, son verdaderos, correctos, y basados en mi conocimiento personal. Yo entiendo que el Departamento del Procurador General no va a actuar como un abogado privado representando los intereses de un individuo particular. Cualquier acción que este departamento inicie es en defensa del público y en el nombre del Estado de Rhode Island

Firma _____ Fecha _____