



TIM GRIFFIN

ATTORNEY GENERAL OF ARKANSAS

FORMULARIO DE QUEJA DEL CONSUMIDOR

Escriba o imprima con tinta. Si está completando este formulario en nombre de otra persona, incluya esa información en la explicación.

<u>Información del Consumidor</u>		
Prefijo, Su Nombre	Edad	Su Número de Teléfono <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
Su Dirección	Su Email <i>¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico?</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Ciudad, Estado, Código Postal	<i>¿Es usted militar en servicio activo?</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>¿Es veterano?</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>¿Tiene alguna discapacidad?</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

<u>Información del Negocio Sujeto de la Queja</u>	
Nombre del Negocio	Número de Teléfono
Dirección	Correo Electrónico
Ciudad, Estado, Código Postal	Página Web

Nombre del Vendedor, Empleado

Producto o Servicio Involucrado

Fecha de la Transacción

Número de Cuenta

Cantidad Estimada de Dinero Pagado

Firmó contrato? Si (**adjunte copia**) No

¿Cómo encontró este negocio?

Método de Pago:

- Fui al lugar donde se encuentra el negocio
- Llamé al negocio
- Radio/televisión o anuncio impreso
- Sitio Web o solicitud por correo electrónico
- Visita domiciliaria
- Llamada telefónica del negocio
- Recibí un correo electrónico
- Otro _____
- Solicitud en idioma extranjero
(¿En qué idioma?) _____

- Tarjeta de Crédito Tarjeta de Débito
- Efectivo Cheque Débito de Cuenta de Banco
- Transferencia Electrónica

¿Dónde se realizó la transacción o compra?

- En mi casa En la ubicación del negocio
- Por internet Feria commercial u hotel
- Por correo Por teléfono Otro _____

¿Ha contratado abogado? Si No

¿Hay alguna acción legal pendiente? Si No

