



# QUEJA SOBRE PRIVACIDAD DE LÍNEA TELEFÓNICA

Office of the Indiana Attorney General

Para facilitar la investigación, por favor complete ambos lados de esta forma. Una vez que la haya completado envíela por correo.

Attn: Telephone Privacy  
Government Center South, 5th floor  
302 West Washington Street  
Indianapolis, IN 46204-2770

El asterisco (\*) indica información importante que debemos tener para conducir la investigación.

SUS DATOS (Marque los espacios necesarios)						
*Nombre			Señor	Señora	Señorita	Correo electrónico
*Domicilio			*Ciudad		*Estado	*Código Postal
Edad	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Teléfono en el día ( )			Teléfono por la tarde ( )			
¿Está de acuerdo en que la División de Protección al Consumidor divulgue lo siguiente sobre su queja?:						
1. El tipo y resultado de su queja y nombre del negocio o prestador de servicios					Si	No
2. Su nombre					Si	No
3. Su número de teléfono					Si	No

INFORMACIÓN SOBRE EL REPRESENTANTE EN EL TELÉFONO (Marque los espacios necesarios)			
*Nombre de compañía o prestador de servicios		Teléfono	
*Fecha de la llamada		*Hora de la llamada	a.m. o p.m.
*Producto o servicio que le ofrecieron		Nombre del representante o vendedor	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código Postal

ACERCA DE LA LLAMADA (Marque los espacios necesarios)		
*Número al que le llamaron: ( )		
¿Esta registrado en "no call list"?	Si	No
¿Fue una llamada con mensaje grabado?	Si	No
¿Registró el número de quien llamó?	Si	No
¿Estaría dispuesto/a a testificar en la corte respecto a esta queja?	Si	No
¿Aprobaría que obtuviéramos registros de llamadas de su compañía de teléfonos?	Si	No
¿Fue llamada de fax?	Si	No

**EXENCIONES POR ESTATUTO (Marque los espacios necesarios)**

**Si usted contesta “Si” a cualquiera de las siguientes preguntas, la ley de Indiana no nos permitirá tomar acción alguna en su caso.**

Usted pidió que le llamaran a su hogar / teléfono.	Si	No
La llamada fue relacionada con deudas pendientes o algún contrato no finiquitado al momento de la llamada.	Si	No
La llamada fue por parte de una organización caritativa. En caso afirmativo el solicitante se identifico como: voluntario de una organización caritativa empleado de la organización trabajador de una compañía de tele marketing no se	Si	No
La llamada fue hecha por un agente de bienes raíces o agente de ventas.	Si	No
La llamada fue hecha por un vendedor de seguros.	Si	No
¿La llamada fue para ofrecer una suscripción a un periódico? En caso afirmativo el solicitante dijo que: era un voluntario era empleado del periódico trabajaba para una compañía de tele marketing no se	Si	No

**CONSENTIMIENTO Y VERIFICACIÓN**

Yo afirmo, bajo advertencia de ser penalizado por rendir falsos testimonios, mis declaraciones en este formulario son verdaderas. La información que he suministrado en este formulario esta basada en mi conocimiento. Consiento que se le otorgue cualquier información relacionada con mi queja a la División de Protección al Consumidor. Entiendo que no debo incluir mi número de seguro social en este formulario o en ninguno de los documentos anexos. Si diese mi numero de seguro Social estaría expresamente autorizando su divulgación según el Código § 4-1-10-5(2) de Indiana.

\_\_\_\_\_  
Su firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**COMENTARIOS ADICIONALES**


Rev. 06-07

