



Por favor devuelva completado el formulario de contacto al consumidor a:

Office of Attorney General Pam Bondi
Consumer Protection Division
135 West Central Boulevard, # 1000
Orlando, Florida 32801

SE REQUIERE la información de contacto dado que mantendremos correspondencia a través del Servicio Postal de los Estados Unidos.

Los formularios incompletos no serán procesados. POR FAVOR ESCRIBA DE MANERA LEGIBLE. Solo una empresa por formulario de queja.

¿Está usted completando esta queja de su parte o de parte de otra persona?

DE MI PARTE – Complete secciones 1, 2 y 4 DE PARTE DE OTRA PERSONA – Complete TODAS las secciones

SECCIÓN 1 – Su Información De Contacto

Penalidades pueden incrementar por victimizar a personas mayores de 60 años.

1. ¿Tiene usted 60 años o es mayor de 60?

Si No

Penalidades pueden incrementar por victimizar a personal militar de servicio activo, veteranos, o sus beneficiarios.

2. ¿Cuál es su estado militar actual?

Servicio Activo Reserva Veterano Beneficiario Otro (Explique en la siguiente línea)

Por Favor Facilite Su Información De Contacto

3. Apellido/s _____ 4. Nombre _____

5. Dirección _____

6. Ciudad _____ 7. Estado _____ 8. Código Postal _____

9. Número De Teléfono _____ 10. Extensión _____

11. Correo Electrónico _____

SECCIÓN 2 – Información De La Queja

1. ¿De qué trata su queja?

- Beneficios Beneficencia/Sin Fines De Lucro Debito y Crédito
 Afiliación Falsa/Heroísmo Usurpado Alojamiento Otro (Explique en la siguiente línea)

2. Nombre/Empresa/Nombre de la Compañía

3. Dirección

4. Ciudad _____ 5. Estado _____ 6. Código Postal _____

7. Número de Teléfono _____

8. Página Web _____

9. ¿Usted pagó o donó dinero? Si No

Si usted contestó "Si" a la pregunta de arriba, por favor complete las preguntas 10, 11 & 12

10. Fecha de la Transacción (mes/día/año) ____ / ____ / ____ 11. Cantidad Pagada/Precio \$ _____

12. Método de Pago (SELECCIONE TODOS LOS QUE PERTENEZCAN)

- Efectivo Cheque Cheque de Caja Crédito/Tarjeta de Débito PayPal
 Bitcoin ACH (Transferencia) Otro (Explique en la siguiente línea)

13. Descripción de la Queja (Continúe en la siguiente página y añada paginas adicionales si lo considera necesario)

(Continúe en la siguiente página si lo considera necesario)

SECCIÓN 3 – Complete si usted está completando este formulario para otra persona

1. ¿Cuál es su afiliación, o relación con el demandante?

- Beneficiario Representante de la Base Agencia Federal o Estatal
 Representante del Servicio de Veteranos Otro (Explique en la siguiente línea)

Por Favor Facilite Su Información De Contacto

2. Apellido/s _____ 3. Nombre _____
4. Dirección _____
5. Ciudad _____ 6. Estado _____ 7. Código Postal _____
8. Número de Teléfono _____ 9. Extensión _____
10. Correo Electrónico _____

SECCIÓN 4 – Aprobación

(AÑADIR SOLO COPIAS. NO MANDE ORIGINALES.)

Mi firma autoriza a la Oficina del Procurador General a tomar las medidas que estime necesarias para la investigación o el cumplimiento de la ley. Entiendo que el Procurador General no representa a los ciudadanos particulares en el reembolso de su dinero u otros recursos personales. Estoy presentando esta queja para notificar a su oficina de las actividades de esta empresa para que se pueda determinar si aplica la ley o se justifica acción legal.

Firma: _____ Fecha: _____

Nota:

1. Todos los documentos y copias adicionales sometidos con esta queja están sujetos a inspección pública conforme al Capítulo 119 de los Estatutos del Estado de Florida.
2. Aquel que con conocimiento haga una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el desempeño de sus deberes oficiales será culpable de un delito menor de segundo grado, que puede ser castigado según las leyes s.775.082, s 775.083, ó s.837.06 de los Estatutos de Florida.