

Asistencia al Consumidor de Kansas

Envíe este formulario completo y cualquier documento adjunto por correo fax, o correo electrónico a:

Kansas Office of the State Bank Commissioner (Oficina del Comisionado del Banco de Kansas)

Atención: Consumer Affairs (Asuntos al Consumidor)

700 Jackson, Suite 300

Topeka, KS 66603

Teléfono: (785) 380-3939

Fax: (785) 371-1229

Email: complaints@osbckansas.org

SU INFORMACIÓN

Nombre:	Inicial:	Apellido:	Sr. <input type="checkbox"/> Señorita <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/>
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono de casa:		Teléfono del trabajo:	
Email:			
Soy (elija todos los que apliquen): Mas de 60 años <input type="checkbox"/> Parcialmente o completamente deshabilitado <input type="checkbox"/> Sin poder leer o/y escribir <input type="checkbox"/> Miembro del ejercito o veterano <input type="checkbox"/> Un familiar inmediato de un miembro del servicio militar <input type="checkbox"/>			

COMPAÑÍA O INDIVIDUO (OBJETO DE SU PROBLEMA)

Nombre de la compañía o del individuo:			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Teléfono:			
¿Ha tratado de resolver sus problemas con esta compañía o con el individuo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si la respuesta es Sí, ¿Cuándo?	¿Cómo? Teléfono <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/>	Otro	
Nombre del contacto:		Título:	
¿Ha llenado una queja o contactado a otra agencia del gobierno con respecto a este asunto? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si la respuesta es Si, ¿Cuál es el nombre de la Agencia?			

INFORMACIÓN DE APOYO

En el espacio de abajo, describa los eventos en el orden en que ocurrieron, incluyendo nombres, números de teléfono y descripción del problema con el/los monto(s) y la/s fecha(s) de cualquier transacción(es) o interacción(es). Incluya la respuesta recibida de la compañía en cuestión. Por favor incluya COPIAS de los documentos relacionados a su queja, tal como contratos, cuentas mensuales, recibos y correspondencia con la compañía. **NO MANDE LOS DOCUMENTOS ORIGINALES POR QUE SERAN RETORNADOS.**

Por favor sepa que la información que envíe puede ser compartida con la empresa en cuestión o otras agencias regulatorias para contestar su pregunta.

RESOLUCIÓN DESEADA

¿Qué acción por parte de la compañía o el individuo resolvería el asunto a su satisfacción?

Por favor note:

- La Oficina del Comisionado del Banco no puede actuar como una corte legal o como un abogado de parte suya.
- No podemos dar consejos legales.
- Si usted está representado por un abogado en este asunto nuestra asistencia puede ser limitada.
- La Oficina del Comisionado del Banco no puede involucrarse en disputas entre entidades de negocios en asuntos que involucran cobros morosos, compensación, etc.

Al firmar este formulario, usted certifica que la información provista en el, o con este formulario, es verdadera y correcta a lo mejor de su conocimiento.

Firma _____

Fecha: _____