New Jersey Office of the Attorney General
Division of Consumer Affairs
Office of Consumer Protection
Regulated Business Section
P.O. Box 45028
Newark, New Jersey 07101
(973) 504-6442/6512
Web site: www.njconsumeraffairs.gov

Mudanzas Públicas y Almacenes

Por cualquier pregunta que no se aplica, ponga N/A o "no se aplica". Mande el formulario original. Facsímiles o fotocopias de este formulario no son admisibles. Incluya copias de todos los documentos relevantes a su mudanza o almacenado cuando remita este formulario a la dirección de arriba. Incluya prueba que el pago por la mudanza o el almacenado se ha hecho por completo. Tenga en cuenta que esta oficina no puede proseguir con su queja a no ser que el pago por la mudanza o el almacenado se ha hecho por completo. Como este formulario también sirve como declaración, tiene que estar firmado y fechado para ser válido.

Por favor, tenga en cuenta que cualquier información que usted provea en la aplicación puede estar sujeta a escrutinio público. Si se hace una investigación sobre el asunto, la información estará disponible al público solamente después que la investigación haya sido terminada. Usted también está avisado que el formulario de queja es un "documento del gobierno", sujeto a escrutinio público de acuerdo con la ley "Acta de Documentos Abiertos al Público" (Open Public Records Act or OPRA), así como los documentos remitidos con su queja.

I. Queja Reportada por:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____
☐ Privado ☐ Público (incluya prefijo)

Teléfono en el Trabajo: _____ (incluya prefijo)

Correo Electrónico: _____

_____

II. Queja Reportada en contra de:

Nombre del Negocio: _____

Dirección del Negocio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (1): _____ (incluya prefijo)

Teléfono (2): _____ (incluya prefijo)

1. Fecha del estimado: _____
2. Clase de estimado hecho por: ☐ Facsímil ☐ Teléfono ☐ E-mail ☐ En el lugar
3. Origen de la mudanza: _____
4. Destinación de la mudanza: _____
5. Cantidad estimada: $ _____ Cantidad pagada: $ _____
6. El empaquetado estuvo hecho por: _____
7. Nombre del almacén: _____
8. Dirección del almacén: _____

9. Clase de seguro (seleccione uno):

☐ Seguro standard* ☐ Valoración adicional: $ _____ ☐ Seguro: $ _____

* El seguro standard es 60¢ centavos por libra por artículo y se pone en efecto automáticamente por la ley.

10. Documentos dados a usted por el agente de mudanza (chequee y adjunte copias):

☐ Folleto para el consumidor ☐ Estimado ☐ Orden de servicio ☐ Factura de entrega

☐ Recibo de almacenado ☐ Formulario de reclamo por daños ☐ Certificado de seguro

11. Describa los hechos de su queja en el orden que sucedieron. Por favor imprima claramente. Use hojas de papel adicionales si es necesario. Adjunte copias legibles (**no originales**) de cualquier contrato, cuentas, recibos, cheques cobrados, correspondencia o cualquier otro documento que usted cree que están relacionados con su queja.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Yo certifico que las precedentes declaraciones, hechas por mí, son verdaderas. Yo sé que si algunas de estas declaraciones son falsas con mi conocimiento, estoy sujeto a castigo. Yo le doy permiso a la División de Asuntos del Consumidor del Estado de Nueva Jersey que mande este formulario de quejas a la compañía o partes interesadas y para que use esta información de cualquier manera que sea necesaria.

_____ _____

Firma* Fecha

* Este certificado tiene que estar firmado por la persona que completó el formulario.