COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTMENT OF TELECOMMUNICATIONS AND CABLE

Formulario de Queja del Consumidor

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Completa este formulario en su totalidad y envíelo por correo, correo electrónico o fax utilizando la información a continuación. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la División del Consumidor por teléfono al 1-800-392-6066, de lunes a viernes de 9am a 5pm.

Dirección:	Department of Telecommunications and Cable Attention: Consumer Division 1 Federal Street, Suite 0740 Boston, MA 02110
Correo electrónico:	consumer.complaints@mass.gov
Número de fax:	617-988-8288

Nombre de la empresa de servicios: _____ **Número de cuenta**: _____

Por favor, escriba de forma legible. Si necesita más espacio, adjunte páginas adicionales.

Nombre:		
Dirección de la calle:		
Ciudad:	**Estado**:	**Código Postal**:
Teléfono:	**Correo electrónico**:	

Resumen de la queja: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Por favor, marque la casilla de abajo para la autorización:

☐ Yo autorizo a la agencia de ponerse en contacto con mi proveedor de servicios y libertad alos DTC toda la información con respecto a esta queja.

Divulgación: El texto de su queja será considerada de dominio público y estar disponibles para cualquier miembro del público que lo solicite. En general, nosotros no revelamos su nombre, dirección, número de teléfono o cualquier otra información que lo identifique y no revelará esta forma.