



Wisconsin Department of Agriculture, Trade and Consumer Protection

Bureau of Consumer Protection

2811 Agriculture Drive, PO Box 8911, Madison WI 53708-8911

Teléfono: (800) 422-7128 FAX: (608) 224-4677 TDD: (608) 224-5058

Correo electrónico: DATCPHotline@wisconsin.gov Sitio Web: datcp.wi.gov

ROBO DE IDENTIDAD

1. ¿CÓMO NOS COMUNICAMOS CON USTED?

NOMBRE		INICIAL	APELLIDO		EDAD
TELÉFONO CAS () -	TELÉFONO TRABAJO () -	EXT.		TELÉFONO CELULAR () -	
Comunicarse conmigo entre 8:00 A.M. y 4:00 P.M. a: <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO					
DIRECCIÓN			APTO. #		CASILLA POSTAL
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO

INFORMACIÓN RELACIONADA CON SU QUEJA

2. El robo de identidad ocurre cuando alguien usa su nombre y/u otra información de identificación para su beneficio personal. Por favor marque los tipos de robo de identidad de los que fue víctima: (Marque todos los que correspondan)

- Tarjetas de crédito o debito Teléfono o servicios públicos Documentos o beneficios gubernamentales
 Cuentas corrientes o de cheques Valores u otras inversiones Otros:
 Prestamos Internet o correo electrónico

3. ¿El sospechoso(a) utilizó Internet para abrir la cuenta o comprar bienes o servicios? (Marque una opción)

- No Si Lo desconozco

4. ¿Se apropiaron de sus cuentas para obtener bienes o servicios de manera fraudulenta? (Marque una opción)

- No Si Lo desconozco

5. Se utilizó su información personal para obtener nuevas cuentas o servicios a su nombre? (Marque una opción)

- No Si Lo desconozco

6. ¿Cuándo notó que podría ser víctima de robo de identidad? Fecha (MM/DD/AA)

7. ¿Cuándo ocurrió por primera vez el robo de identidad? (es decir, ¿cuándo se abrió la cuenta por primera vez?)

Fecha (mm/dd/aa)

8. ¿Cuántas cuentas se abrieron o se accedieron? (tarjetas de crédito, préstamos, cuentas bancarias, cuentas de teléfonos móviles, etc.)

9. ¿Cuánto dinero, si corresponde, ha tenido que pagar como resultado del robo? \$

10. ¿Cuánto dinero, si es que obtuvo alguno, obtuvo el ladrón de identidad de empresas que están a su nombre? \$

11. ¿Cuánta pérdida, de haber habido alguna, ha recuperado antes de presentar su queja? \$

12. ¿Qué otros problemas, si los hubiere, ha experimentado como resultado del robo de identidad? (Marque todo lo que corresponda)

- No se sufrió ningún otro daño Denegación de crédito u otros servicios financieros Daño a la reputación
 Demanda civil presentada o sentencia dictada en su contra Empleo denegado o pérdida de empleo
 Investigación criminal, arresto o condena Acoso de cobradores o acreedores
 Tiempo perdido para resolver problemas: (Especificar monto) Otro:

13. ¿Cómo obtuvo el ladrón su información personal?

- Violación de datos Miembro de la familia Robo de correo Cartera o bolso perdido Internet
 Robo Suplantación de identidad Lo desconozco Otro:

14. INFORMACIÓN DEL LADRÓN DE IDENTIDAD

Proporcione cualquier información que pueda tener sobre el ladrón de identidad, incluido su nombre y cualquier dirección o número de teléfono que el ladrón de identidad pueda haber utilizado.

NOMBRE		INICIAL	APELLIDO		
TELÉFONO CASA () -	TELÉFONO TRABAJO () -	EXT.		TELÉFONO CELULAR () -	
DIRECCIÓN			APTO. #		CASILLA POSTAL
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO

15. CONTACTOS

Indique cuál de los siguientes pasos, si corresponde, ya ha tomado para lidiar con el robo de identidad.
 ¿Con cuál de las siguientes agencias de informes crediticios ha tomado alguna medida: (Marque todas las que correspondan)

MEDIDAS QUE USTED HA TOMADO	Equifax	Experian	Trans Union	Otro(a)	Ninguna
¿Llamado para denunciar el fraude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Poner una "alerta de fraude" o "congelar" su informe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ordenó su informe de crédito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Problema con las agencias de informes crediticios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha presentado esta queja ante otra agencia? (Marque una opción) No Si **Nombre de la agencia:**

¿Qué sucedió?

¿Se ha comunicado con la policía? (Marque una opción) No Si

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

NOMBRE DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA	NOMBRE DEL OFICIAL INVESTIGADOR(A)	CONDADO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO
TELÉFONO () - - -	EXT.	NÚMERO DE INFORME POLICIAL: (Si se conoce)

16. Problemas con las empresas

¿Tiene algún problema con las empresas, agencias de informes crediticios u organizaciones con las que está tratando en relación con sus problemas de robo de identidad? Si es así, identifique cada empresa, agencia u organización de informes crediticios, proporcione su ubicación y/o número de teléfono, si lo tiene, y díganos brevemente cuál es el problema. **NOTA: si marcó la casilla de problema para cualquiera de las tres agencias de crédito en la sección anterior, inclúyalas aquí.**

EMPRESA 1	NOMBRE DEL NEGOCIO				
DIRECCIÓN	SUITE #	CASILLA POSTAL			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO		
NOMBRE DE LA PERSONA CON LA QUE HABLÓ:	CARGO O PUESTO	TELÉFONO () - - -			

¿Se comunicó con la empresa acerca de su queja? (Marque una opción) No Si De ser si, indique fecha (MM/DD/AA)

¿Qué sucedió?

¿Ha enviado notificaciones por escrito a esta empresa? (Marque una opción) No Si De ser si, indique fecha (MM/DD/AA)

¿Qué sucedió?

EMPRESA 2	NOMBRE DEL NEGOCIO				
DIRECCIÓN	SUITE #	CASILLA POSTAL			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO		
NOIMBRE DE LA PERSONA CON LA QUE HA HABLADO	CARGO O PUESTO	TELÉFONO () - - -			

¿Se comunicó con la empresa acerca de su queja? (Marque una opción) No Si De ser si, indique fecha (MM/DD/AA)

¿Qué sucedió?

¿Ha enviado notificaciones por escrito a esta empresa? (Marque una opción) No Si De ser si, indique fecha (MM/DD/AA)

¿Qué sucedió?

EMPRESA 3	NOMBRE DEL NEGOCIO				
DIRECCIÓN	SUITE #	CASILLA POSTAL			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO		

NOMBRE DE LA PERSONA CON LA QUE HABLÓ:		CARGO O PUESTO	TELÉFONO () -	
¿Se comunicó con la empresa acerca de su queja? (Marque una opción) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			De ser si, indique fecha (MM/DD/AA)	
¿Qué sucedió?				
¿Ha enviado notificaciones por escrito a esta empresa? (Marque una opción) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			De ser si, indique fecha (MM/DD/AA)	
¿Qué sucedió?				
EMPRESA 4	NOMBRE DEL NEGOCIO			
DIRECCIÓN		SUITE #		CASILLA POSTAL
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
NOMBRE DE LA PERSONA CON LA QUE HABLÓ:		CARGO O PUESTO	TELÉFONO () -	
¿Se comunicó con la empresa acerca de su queja? (Marque una opción) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			De ser si, indique fecha (MM/DD/AA)	
¿Qué sucedió?				
¿Ha enviado notificaciones por escrito a esta empresa? (Marque una opción) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			De ser si, indique fecha (MM/DD/AA)	
¿Qué sucedió?				

17. Describa su queja en detalle.

Proporcione información sobre el robo de identidad, incluido, entre otros, cómo ocurrió el robo, quién puede ser responsable del robo y qué medidas ha tomado desde el robo. Incluya una lista de empresas donde se establecieron cuentas fraudulentas o donde sus cuentas actuales se vieron afectadas. Adjunte páginas adicionales según sea necesario.

18. ¿Cómo piensa que su queja debe ser resuelta? (por favor sea específico).

¿Cómo encontró nuestra información? Presentación Periódico/Radio/TV Referido (BBB, Legal Action, etc.) Google Otra fuente

Al presentar esta queja, doy mi consentimiento para que la empresa contra la que he interpuesto un reclamo, pueda comunicarse con la Oficina de Protección al Consumidor del Departamento de Agricultura, Comercio y Protección al Consumidor y pueda divulgar información relacionada con esta queja, lo que puede incluir la divulgación de información personal no pública. Esta queja y la información proporcionada se utilizarán para resolver el problema y, por lo general, se compartirán con la parte contra la que se presentó la queja. Puede que esta información también se utilice para hacer cumplir las leyes estatales correspondientes.

Acorde lo establecido por el estatuto de Wisconsin, § 15.04(1)(m), se proporciona el siguiente aviso: Este formulario está autorizado por los estatutos de Wisconsin 93.06(1)(a) y § 93.07(2). Este formulario debe ser rellenado de manera voluntaria. La información de identificación personal proporcionada en este formulario está sujeta a la Ley de Registros Públicos de Wisconsin §§ 19.31 to 19.37, por lo tanto, esta información podría divulgarse en respuesta a una solicitud de registros públicos. Al responder a una solicitud de registros públicos, el Departamento mantendrá la confidencialidad de la información de identificación personal proporcionada en este formulario en la medida permitida por la ley.

La información arriba proporcionada es verdadera y correcta según mi entendimiento.

SU FIRMA

NOMBRE COMPLETO

FECHA

Adjunte copias (ambos lados) de toda la documentación que respalde su queja, como: facturas, recibos, contratos, cheques cancelados, página de publicidad/catálogo que muestre el artículo solicitado, documentos de arrendamiento o facturas telefónicas.

Envíe este formulario con las copias de sus documentos por correo postal o envíelo por correo electrónico, adjuntando las copias de los documentos

Bureau of Consumer Protection
2811 Agriculture Drive
PO Box 8911
Madison WI 53708-8911

DATCPHotline@wisconsin.gov