

CONSUMER AFFAIRS DIVISION  
MARYLAND PUBLIC SERVICE COMMISSION  
WILLIAM DONALD SCHAEFER TOWER  
6 ST. PAUL STREET  
BALTIMORE, MD 21202-6806  
TELEPHONE: 410-767-8028 OR 1-800-492-0474  
FAX: 410-333-6844  
INTERNET: <http://www.psc.state.md.us/psc/>

## **FORMULARIO DE INDAGACIÓN/CONTROVERSIA**

Todos deben completar esta sección:

¿Se ha puesto en contacto con la compañía con respecto a su indagación o controversia?  Sí

NO Fecha: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido respuesta de la compañía?  Sí  NO Fecha de la recepción: \_\_\_\_\_

*Si recibió una respuesta escrita, entregue una copia de dicha respuesta junto a este formulario).*

**Si no se ha puesto en contacto con la compañía, debe hacerlo antes de presentar un reclamo ante la Comisión. Si se puso en contacto con la compañía, debe esperar que dicha compañía tenga tiempo de investigar el asunto y dé una respuesta a su queja antes de presentar este asunto ante la Comisión. Si pasado un lapso razonable (de 2 a 6 semanas) usted no recibe una respuesta de la compañía, puede presentar su reclamo ante la Comisión. También puede presentar su queja si no se encuentra satisfecho con la respuesta de la compañía.**

**TODOS DEBEN COMPLETAR ESTA SECCIÓN [Imprima y llene todos los campos de manera clara y completa]**

Nombre según aparece en la factura: \_\_\_\_\_

Dirección según aparece en la factura: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal si es diferente a la dirección donde se presta el servicio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Números telefónicos (incluya el código de área): (casa) \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
\_\_\_\_(buscapersonas) \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ (Fax) \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ ("puedo ser contactado en") \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Número de Cuenta o Número de Orden: \_\_\_\_\_

**Motivos del reclamo: (Marque todas las que correspondan)**

Compañía de Gas  Compañía Eléctrica  Proveedor de Gas  Proveedor de Electricidad  
 Compañía de telefonía local  Compañía de telefonía de larga distancia  Compañía de agua

NOTA: La Comisión de Servicios Públicos (Public Service Commission, PSC) de Maryland no reglamenta a las siguientes compañías: servicios inalámbricos, de radiolocalización (buscapersonas), combustibles, gas propano, Comisión Sanitaria Suburbana de Washington y proveedoras de servicios de televisión por cable. Si su controversia se dirige a una compañía de servicios inalámbricos o de radiolocalización, debe presentarla ante la Comisión Federal de Comunicaciones al 1-888-225-5322 o puede contactar a la Fiscalía, División de Protección al Consumidor al 1-888-743-0023. Si su disputa se dirige a un servicio de televisión por cable, revise el reverso de su factura de ese servicio para saber cuál es la oficina local de esa franquicia en su área. Debe presentar su reclamo ante la oficina de la franquicia que aparece en la factura o llame a la compañía para obtener esa información. Si su controversia se dirige a una compañía de combustibles o de gas propano, llame a la Fiscalía General (Attorney General Office, AGO) al número 888-743-0023. Por último, si su controversia se dirige a la Comisión Sanitaria Suburbana de Washington (Washington Suburban Sanitary Commission, WSSC), preséntela ante el Gerente de Servicios al Cliente del WSSC.

Nombre de la(s) compañía(s) a las que dirige su reclamo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si no es el cliente que aparece en los registros de la compañía, complete esta sección.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número telefónico diurno: \_\_\_\_\_ Explique por qué el cliente no pudo completar el formulario: \_\_\_\_\_

**Nota: debe tener la autorización del cliente para presentar un reclamo en su nombre. El investigador de la Comisión de Servicios Públicos (Public Service Commission, PSC) puede negarse a responder un reclamo si no se puede verificar que el cliente que aparece en los registros de la compañía le otorgó el permiso para presentar el reclamo en su nombre.**

**COMPLETE ESTA SECCIÓN SI SU RECLAMO TIENE QUE VER CON UNA NOTIFICACIÓN DE CESE DEL SERVICIO:**

¿Está recibiendo el servicio en este momento?  SÍ  NO

Si su servicio se encuentra interrumpido, ¿desde cuándo lo está? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el monto que la empresa del servicio público le exige para restituir el servicio? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si todavía está recibiendo el servicio, ¿ha recibido alguna notificación de interrupción de dicho servicio?  SÍ  NO ¿Es una notificación del monto adeudado? \_\_\_\_\_

Si está solicitando una prórroga a una notificación de interrupción del servicio y/o un Acuerdo Alternativo de Pago, DEBE indicar cuánto puede pagar como pago inicial, y mencionar el monto y la(s) fecha(s) en que puede hacer pagos adicionales para disminuir el monto adeudado. Cualquier monto que mencione debe ser pagado, aparte de su factura actual.

Mi monto adeudado total es: \$ \_\_\_\_\_

Mi pago inicial es de: \$ \_\_\_\_\_ a ser pagado a la fecha de \_\_\_\_\_

Me gustaría pagar el monto restante de la factura de la manera siguiente:

\$ \_\_\_\_\_ a ser pagado el día \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ a ser pagado el día \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ a ser pagado el día \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ a ser pagado el día \_\_\_\_\_

¿Está de acuerdo en participar en un Plan de Facturación Predictiva?  SÍ  NO

¿Hizo un depósito de garantía?  SÍ  NO Indique el monto pagado en \$ \_\_\_\_\_

¿Algún miembro de su hogar se encuentra enfermo de gravedad o utilizando cuidados intensivos?

SÍ  NO

Nombre: \_\_\_\_\_ Descripción de la enfermedad: \_\_\_\_\_

**(Pídale a su médico que le entregue una referencia médica en su nombre).**



---

---

---

---

*Añada otras páginas si es necesario. Añada asimismo los documentos pertinentes (es decir, copia de la(s) factura(s), cheques pagados, recibos, etc.) que respalden su posición.*

*Fecha:* \_\_\_\_\_

*Firma del Cliente:* \_\_\_\_\_

*Fecha:* \_\_\_\_\_

*Firma de la persona que completa el formulario  
formulario (si es diferente)* \_\_\_\_\_