

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/>

Estimado consumidor:

Gracias por ponerse en contacto con la Comisión de Servicios Públicos con respecto a un posible caso de cambio del servicio telefónico local o de larga distancia sin permiso del cliente (*Slamming*) o de adición de cargos inesperado o no autorizados a la factura de telefonía fija o móvil (*Cramming*) en su servicio telefónico. *Slamming* es el término utilizado cuando se hace un cambio del proveedor de un servicio telefónico local y/o de larga distancia sin el conocimiento o consentimiento del suscriptor. *Cramming* es el término utilizado cuando se le factura al suscriptor del servicio telefónico un servicio que nunca ordenó ni solicitó. Las leyes estatales y federales prohíben ambos casos.

El Código de Reglamentos de Maryland 20.32.01.03 exige que el cliente presente su indagación o controversia en primer lugar ante la compañía para solucionar el asunto. Si no está satisfecho con la respuesta de la compañía, puede presentar su indagación por escrito en un lapso de 7 días ante la Comisión de Servicios Públicos (Public Service Commission, PSC) para su investigación y revisión. Adjuntamos un formulario de indagación con ese fin, o también puede escribirnos. Sin embargo, si opta por enviarnos una carta incluya la información de facturación pertinente y necesaria. Necesitamos esa información para poder ayudarlo a obtener un ajuste si se determinan sus derechos a dicho ajuste. Para evitar retrasos, entréguenos las copias de sus facturas telefónicas y marque claramente los cargos que está disputando. Una vez recibida su disputa, se la asignaremos a un investigador y usted recibirá un acuse de recibo.

La compañía no puede solicitarle el pago de la porción disputada mientras nuestra oficina esté investigando el asunto. Sin embargo, debe continuar pagando la porción no disputada de su factura y cualesquiera otras facturas que reciba que no sean parte de esta disputa. Si recibió un aviso de interrupción del servicio, póngase en contacto con nuestra oficina de inmediato.

Si tiene alguna pregunta, llame al número de nuestra oficina (410) 767-8028 o 1(800) 492-0474.

Saludos cordiales,

Comisión de Servicios Públicos de Maryland

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 DISPUTA POR *SLAMMING* O *CRAMMING*

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 en un lapso de 6 semanas 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)

El *slamming* sucede cuando su servicio telefónico local y/o de larga distancia se cambia sin una autorización verificada de conformidad con los procedimientos establecidos por la Comisión Federal de Comunicaciones (Federal Communications Commission, FCC).

El *cramming* sucede cuando se le facturan cargos en su servicio telefónico (es decir, correo de voz, internet, buscapersonas, etc.) que nunca solicitó.

Con base en la información anterior, ¿su reclamo se refiere a *slamming* o *cramming*?

Complete esta sección si su reclamo se refiere a CRAMMING

A continuación mencione la compañía que le asignó los cargos en su factura telefónica sin su autorización. Al lado del nombre de la compañía, indique el número telefónico de dicha compañía que aparece en la factura. Asimismo, indique el monto facturado por cada compañía:

Nombre de la compañía Número telefónico Monto facturado

_____	-() _____	\$ _____
_____	-() _____	\$ _____
_____	-() _____	\$ _____

Complete esta sección si su reclamo se refiere a una SLAMMING

Nombre de su proveedor elegido de servicio telefónico local: _____

Nombre de su proveedor elegido de servicio telefónico de larga distancia: _____

Indique qué servicio tiene *slamming*: servicio telefónico local y/o servicio telefónico de larga distancia

Nombre la compañía que hizo el cambio no autorizado por usted en su servicio: _____

Indique el número telefónico, según aparece en su factura, de la compañía que hizo el cambio no autorizado de su servicio: _____

INFORMACIÓN DE LA FACTURACIÓN (debe completar esta sección si espera cualquier ajuste en su factura).

Especifique el total del monto en disputa: \$ _____

De ese monto, indique qué cantidad corresponde a los primeros treinta (30) días de servicio: \$ _____.

¿Pagó alguna porción del servicio presentado en esa factura? Sí No

Indique el monto de la factura del servicio que ya fue pagado: \$ _____

¿Recibió algún ajuste por cualquier porción de la factura disputada? Sí No

¿Cuál fue el monto del ajuste? \$ _____

¿El ajuste fue hecho por la compañía infractora o por el operador telefónico local? _____

¿Se le facturaron *tarifas por cambio* a causa de este incidente? Sí No

Especifique el monto que se le facturó por el concepto de tarifas por cambio \$ _____

¿Pagó alguna porción de las tarifas por cambio presentadas en esa factura? Sí No

Indique el monto que usted pagó por las tarifas por cambio: \$ _____

¿Recibió algún ajuste por las tarifas por cambio por parte de la compañía infractora o del operador local? Sí No

Indique el monto que recibió por concepto de ajuste de tarifas por cambio: \$ _____

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)* _____