

RECLAMO POR DISPUTA DE INFORME CREDITICIO

DCSS 0675 (01/21/2018)

Sección I: Información personal

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	
Primer nombre anterior	Segundo nombre anterior	Apellido anterior	
Dirección real (número y calle)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es distinta que la anterior)	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono particular	Teléfono celular	Teléfono laboral	
Número de Caso CSE	Fecha de nacimiento		

Sección II: Información laboral

Ocupación	Empleador	Número de teléfono del empleador	
Dirección del empleado (numero y calle)	Ciudad	Estado	Código postal
Estado de empleo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Otro(explicar) _____			

Sección III: Motivo de la disputa

Si desea agregar más comentarios, use el reverso de este formulario o agregue hojas adicionales.

Firma _____

Fecha _____

Adjunte una copia del informe crediticio en cuestión, que contenga el número de cuenta completo, más los documentos que respalden su reclamo. Devuelva este formulario a la agencia especializada en pensión alimenticia de su localidad para su procesamiento.