



NYC Department of Consumer
and Worker Protection
42 Broadway, 9th floor
New York, NY 10004

Appelez le 311 (212-NEW-YORK)
nyc.gov/dcwp

Dépôt de votre plainte

Nous vous remercions d'avoir contacté le Département de la protection des consommateurs et des travailleurs (Department of Consumer and Worker Protection, DCWP) de la ville de New York. Veuillez remplir ce formulaire. Écrivez clairement en caractères d'imprimerie ou tapez vos réponses à chaque question. Si une question ne vous concerne pas, veuillez indiquer « S.O. » ou « Sans objet ». Les informations marquées d'un astérisque (*) sont obligatoires.

Vous pouvez nous **envoyer ce formulaire** par l'une des méthodes suivantes :

- Courriel : Consumers@dcwp.nyc.gov
- Télécopie : 212 487 4482 / 646 500 5914
- Courrier postal à l'adresse ci-dessus.

Important : veuillez **envoyer des copies des documents justificatifs** de votre plainte (par exemple, impressions de pages internet, contrats, garanties, factures, relevés, chèques encaissés, correspondance, y compris les courriels, etc.). Remarque : protégez les informations sensibles. Ne présentez pas de documents contenant des numéros de Sécurité sociale, des numéros de compte bancaire, etc.

À propos de vous			
*Je dépose cette plainte pour : <input type="checkbox"/> Moi-même <input type="checkbox"/> Quelqu'un d'autre		*Je souhaite rester anonyme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si vous avez coché « Quelqu'un d'autre », remplissez le tableau supplémentaire ci-dessous.			
*Prénom		*Nom de famille	
*Adresse du domicile (y compris le numéro d'appartement)			
*Ville, État et code postal			Pays
*Numéro de téléphone		*Adresse électronique	
*Méthode de contact préférée : (Sélectionnez une option.) <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Téléphone			
Un membre de votre foyer a-t-il déjà servi, ou sert-il actuellement, dans l'armée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si vous avez coché « Oui », cochez toutes les options qui s'appliquent.			
<input type="checkbox"/> Moi-même	<input type="checkbox"/> Époux/épouse ou compagnon/compagne	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
<input type="checkbox"/> Forces armées des États-Unis	<input type="checkbox"/> Garde nationale	<input type="checkbox"/> Armée de réserve	

Si vous envoyez ce formulaire de plainte pour quelqu'un d'autre, vous devez fournir des informations sur le/la plaignant(e). Si vous ne fournissez pas d'informations sur le/la plaignant(e), vous ne pourrez pas recevoir de réponse de la part de l'entreprise.

Prénom	Nom de famille
Adresse du domicile (y compris le numéro d'appartement)	
Ville, État et code postal	Pays
Numéro de téléphone	Adresse électronique
Méthode de contact préférée : (Sélectionnez une option.) <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Téléphone	

À propos de l'entreprise			
*Nom de l'entreprise			
*Type d'entreprise		Numéro de licence du DCWP	
Adresse professionnelle		Ville, État et code postal	
Numéro de téléphone	Adresse électronique	Site internet	
Avez-vous pris contact avec l'entreprise au sujet de la plainte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si vous avez coché « Oui », remplissez les lignes ci-dessous.			
Nom et coordonnées de l'employé(e)			
Que s'est-il passé ?			
Quel a été le résultat ?			

À propos de la plainte	
Motif de la plainte : (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)	
<input type="checkbox"/> Prix non affichés/inexacts	<input type="checkbox"/> Remboursement/retour/échange refusé
<input type="checkbox"/> Prix excessifs	<input type="checkbox"/> Refus d'accepter le paiement en espèces
<input type="checkbox"/> Bien ou service défectueux	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
<input type="checkbox"/> Publicité fausse ou trompeuse	
Avez-vous acheté un bien ou un service auprès de l'entreprise ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si vous avez coché « Oui », remplissez les lignes ci-dessous.	
Date de la transaction	
Description du ou des produits ou services	
Coût du ou des produits ou services	
Comment avez-vous payé ? <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Carte de crédit <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	
S'agissait-il d'un achat sur internet ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous signé un contrat avec l'entreprise ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne me souviens pas.	
Existe-t-il des numéros de compte ou d'autres informations dont l'entreprise a besoin pour vous retrouver dans son système ?	
<input type="checkbox"/> Oui, numéro(s) de compte :	
<input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous saisi la justice concernant votre plainte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si vous avez coché « Oui », remplissez les lignes ci-dessous.	
Numéro du dossier	
Tribunal	
Si l'affaire est close, quelle en a été l'issue ?	

***Décrivez brièvement votre plainte et le résultat que vous souhaitez obtenir. Au besoin, utilisez des feuilles supplémentaires.**

CONFIRMATION

- En cochant cette case, j'atteste que je suis la personne qui a déposé cette plainte et j'autorise l'entreprise ou ses agents à discuter de ma plainte avec le DCWP. J'ai lu les informations contenues dans ce formulaire et elles sont, à ma connaissance, exactes.