



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

전화: 311(212-NEW-YORK)  
nyc.gov/dcwp

## 이의 제기

뉴욕시 소비자 및 근로자 보호부(Department of Consumer and Worker Protection, DCWP)에 연락해 주셔서 감사합니다. 이 양식을 작성해 주십시오. 각 질문에 대한 답변을 정자체로 명확하게 적거나 입력하십시오. 질문에 해당하지 않는 경우 N/A 또는 해당 없음으로 표시해 주십시오. 별표(\*)가 표시된 정보는 필수로 제공해야 합니다.

다음 방법 중 하나로 이 양식을 제출할 수 있습니다.

- 이메일: [Consumers@dcwp.nyc.gov](mailto:Consumers@dcwp.nyc.gov)
- 팩스: 212-487-4482 / 646-500-5914
- 상단의 주소로 우편 발송.

**중요:** 불만 사항과 관련된 **증빙 서류를 제출해 주십시오**(예: 웹 인쇄물, 계약서, 보증서, 청구서, 명세서, 취소된 수표, 이메일을 포함한 서신 등). 참고: 민감한 정보를 보호하십시오. 소셜 시큐리티 번호(Social Security number), 은행 계좌 번호 등이 포함된 서류는 제출하지 마십시오.

개인 정보			
*이의 제기 당사자: <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 다른 사람 <i>"다른 사람"에 체크한 경우 아래 추가 표를 작성하십시오.</i>		*익명 유지 여부: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
*이름		*성	
*주택 주소(아파트 번호 포함)			
*시, 주, 우편번호			국가
*전화번호		*이메일	
*선호하는 연락 방법: (하나를 선택하십시오.) <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 전화			
가족 중에 군에 복무한 적이 있거나 현재 복무 중인 사람이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <i>"예"에 체크한 경우 해당하는 항목을 고르십시오.</i>			
<input type="checkbox"/> 본인	<input type="checkbox"/> 배우자/파트너	<input type="checkbox"/> 자녀	<input type="checkbox"/> 기타(직접 기술):
<input type="checkbox"/> 미군	<input type="checkbox"/> 주 방위군	<input type="checkbox"/> 예비군	

다른 사람을 대신하여 본 이의 제기 양식을 제출하는 경우, 반드시 이의 제기자에 대한 정보를 제공해야 합니다. 이의 제기자 정보를 제공하지 않을 경우 업체로부터 답변을 받을 수 없습니다.

이름	성
주택 주소(아파트 번호 포함)	
시, 주, 우편번호	국가
전화번호	이메일
선호하는 연락 방법: (하나를 선택하십시오.) <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 전화	

사업체 정보		
*사업체 이름		
*사업 종류	DCWP 면허 번호	
사업장 주소	시, 주, 우편번호	
전화번호	이메일	웹사이트
불만 사항에 대해 해당 업체에 연락하셨습니다? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 "예"에 체크한 경우 아래 행을 작성하십시오.		
직원의 이름 및 연락처 정보		
무슨 일이 있었습니까?		
어떤 결과가 발생했습니까?		

불만 사항 정보	
불만 사유: (해당하는 항목을 모두 선택하십시오.)	
<input type="checkbox"/> 가격이 표시되지 않았거나 부정확함	<input type="checkbox"/> 환불/반품/교환이 거부됨
<input type="checkbox"/> 바가지 요금	<input type="checkbox"/> 현금 결제 거부
<input type="checkbox"/> 결함이 있는 상품 또는 서비스	<input type="checkbox"/> 기타(직접 기술):
<input type="checkbox"/> 광고가 허위이거나 오해의 소지가 있음	
해당 업체로부터 상품이나 서비스를 구매하셨습니다? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 "예"에 체크한 경우 아래 행을 작성하십시오.	
거래 날짜	
제품 또는 서비스 설명	
제품 또는 서비스 비용	
결제 방법은 무엇이었습니까? <input type="checkbox"/> 현금 <input type="checkbox"/> 수표 <input type="checkbox"/> 신용카드 <input type="checkbox"/> 기타(직접 기술):	
인터넷을 통한 구매였습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
해당 업체와 계약을 맺으셨습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 기억나지 않음	
업체가 시스템에서 귀하를 찾는 데 필요한 계좌 번호나 기타 정보가 있습니까?	
<input type="checkbox"/> 예, 계좌 번호: <input type="checkbox"/> 아니요	
불만 사항과 관련하여 법원에 소송을 제기한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 "예"에 체크한 경우 아래 행을 작성하십시오.	
사건 번호	
법원	
사건이 종결되었다면 어떤 판결이 내려졌습니까?	

\*불만 사항과 원하는 결과를 간략하게 설명하십시오. 필요하다면 추가 페이지를 사용하십시오.

---



---



---

#### 확인서

- 박스에 체크함으로써 본인이 본 이의 제기를 제출한 개인임을 확인하고, 본인이 제기한 이의에 대해 해당 사업체 및/또는 그 대리인이 DCWP와 논의할 수 있도록 승인합니다. 본인은 본 양식의 정보를 읽었으며 해당 정보는 제가 아는 한 진실입니다.