



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

Należy zadzwonić pod numer 311 (212-NEW-YORK)  
nyc.gov/dcwp

## Składanie zażaleń

Dziękujemy za kontakt z Wydział Spraw Konsumentckich i Ochrony Pracowników miasta Nowy Jork (Department of Consumer and Worker Protection, DCWP). Prosimy o wypełnienie niniejszego formularza. Odpowiedzi na pytania należy wpisać wyraźnie pismem drukowanym lub maszynowym. Jeżeli dane pytanie nie dotyczy Pana/Pani, prosimy zaznaczyć ND lub Nie dotyczy. Podanie informacji oznaczonych gwiazdką (\*) jest obowiązkowe.

Można **przesłać ten formularz** w jeden z następujących sposobów:

- E-mail: [Consumers@dcwp.nyc.gov](mailto:Consumers@dcwp.nyc.gov)
- Faks: 212-487-4482 / 646-500-5914
- Wysyłając go na powyższy adres.

**Ważne:** należy **dołączyć kopie dokumentacji uzupełniającej** dotyczącej zażalenia (na przykład: wydruki z sieci, umowy, gwarancje, rachunki, oświadczenia, anulowane czeki, korespondencja łącznie z e-mailową itp.). Uwaga: prosimy zadbać o ochronę wrażliwych danych. Prosimy nie składać dokumentów zawierających numery ubezpieczenia społecznego, numery kont bankowych itp.

Pana/Pani dane			
* Składam niniejsze zażalenie w imieniu: <input type="checkbox"/> Własnym <input type="checkbox"/> Innej osoby <i>Jeżeli zaznaczona została opcja „Innej osoby”, prosimy wypełnić dodatkową tabelę poniżej.</i>		* Chcę zachować anonimowość: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
* Imię		* Nazwisko	
* Adres zamieszkania (z numerem mieszkania)			
* Miasto, stan, kod pocztowy			Kraj
* Numer telefonu		* Adres e-mail	
* Preferowany sposób kontaktu: (prosimy wybrać jedną opcję) <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Telefon			
Czy ktokolwiek w Pana/Pani gospodarstwie domowym kiedykolwiek pełnił służbę lub obecnie pełni służbę? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Jeżeli wybrano odpowiedź „Tak”, prosimy zaznaczyć właściwą opcję.</i>			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Małżonek/małżonka / partner(ka)	<input type="checkbox"/> Dziecko	<input type="checkbox"/> Inne (prosimy wyjaśnić):
<input type="checkbox"/> Siły Zbrojne USA	<input type="checkbox"/> Gwardia Narodowa	<input type="checkbox"/> Rezerwy	

Jeżeli składa Pan/Pani zażalenie w imieniu innej osoby, musi Pan/Pani podać informacje o osobie zgłaszającej zażalenie. Jeżeli takie informacje nie zostaną podane, nie otrzyma Pan/Pani odpowiedzi od organizacji.

Imię	Nazwisko
Adres zamieszkania (z numerem mieszkania)	
Miasto, stan, kod pocztowy	Kraj
Numer telefonu	Adres e-mail
Preferowany sposób kontaktu: (prosimy wybrać jedną opcję) <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Telefon	

O organizacji		
* Nazwa organizacji		
* Rodzaj działalności	Numer licencji DCWP	
Adres służbowy	Miasto, stan, kod pocztowy	
Numer telefonu	Adres e-mail	Strona internetowa
Czy kontaktował(a) się Pan/Pani z organizacją w sprawie zażalenia? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <b>Jeżeli wybrano odpowiedź „Tak”, prosimy wypełnić poniższe pozycje.</b>		
Nazwisko i dane kontaktowe pracownika		
Co się stało?		
Jaki był tego efekt?		

Zażalenie	
Powód zażalenia: <i>(Prosimy zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi).</i>	
<input type="checkbox"/> Ceny nie zostały opublikowane / są niezgodne ze stanem faktycznym	<input type="checkbox"/> Odmowa zwrotu pieniędzy / zwrotu/wymiany towaru
<input type="checkbox"/> Nadpłata	<input type="checkbox"/> Odmowa przyjęcia płatności gotówkowej
<input type="checkbox"/> Wady towaru lub usługi	<input type="checkbox"/> Inne <i>(prosimy wyjaśnić):</i>
<input type="checkbox"/> Reklama jest niezgodna z prawdą lub wprowadza w błąd	
Czy zakupił(a) Pan/Pani towary lub usługi od tej organizacji? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <b>Jeżeli wybrano odpowiedź „Tak”, prosimy wypełnić poniższe pozycje.</b>	
Data transakcji	
Opis produktów lub usług	
Koszt produktów lub usług	
W jaki sposób dokonał(a) Pan/Pani płatności? <input type="checkbox"/> Gotówka <input type="checkbox"/> Czek <input type="checkbox"/> Karta kredytowa <input type="checkbox"/> Inne <i>(prosimy wyjaśnić):</i>	
Czy był to zakup internetowy? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Czy podpisał(a) Pan/Pani umowę z tą organizacją? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie pamiętam	
Czy organizacja potrzebuje numeru konta lub innych danych, aby odnaleźć Pana/Panią w swoim systemie?	
<input type="checkbox"/> Tak; numer(y) konta: <input type="checkbox"/> Nie	
Czy złożył(a) Pan/Pani skargę w sądzie w związku ze swoim zażaleniem? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <b>Jeżeli wybrano odpowiedź „Tak”, prosimy wypełnić poniższe pozycje.</b>	
Case Number (Numer sprawy).	
Sąd	
Jeżeli sprawa została zakończona – jaki był rezultat?	

\* Prosimy pokrótce opisać swoje zażalenie i oczekiwany rezultat. Prosimy skorzystać z dodatkowych stron w razie potrzeby.

---



---



---



---

#### POTWIERDZENIE

- Zaznaczając to pole, potwierdzam, że jestem osobą składającą niniejsze zażalenie, oraz upoważniam organizację i/lub jej przedstawicieli do omówienia mojego zażalenia z DCWP. Zapoznałem(-am) się z informacjami zawartymi w niniejszym formularzu i potwierdzam, że są zgodne ze stanem faktycznym według posiadanej przeze mnie wiedzy.