



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

Номер телефона: 311 (212-NEW-YORK)
nyc.gov/dcwp

Подача жалобы

Благодарим за то, что обратились к сотрудникам Департамента по защите прав потребителей и работников (New York City Department of Consumer and Worker Protection, DCWP). Просим заполнить эту форму. Пишите ответы на вопросы четкими печатными буквами или введите их на компьютере. Если вопрос не относится к вам, укажите вариант «Н/П» (неприменимо). Вы должны ответить на вопросы, отмеченные звездочкой (*).

Вы можете **подать эту форму** любым из следующих способов:

- По электронной почте: Consumers@dcwp.nyc.gov.
- По факсу: 212-487-4482 или 646-500-5914.
- Отправить по указанному выше почтовому адресу.

Важная информация. При подаче жалобы **предоставьте копии подтверждающих документов** (например, распечатки из Интернета, контракты, гарантии, счета, выписки, аннулированные чеки, корреспонденцию, включая электронные письма, и т. д.). Примечание. Защищайте конфиденциальную информацию. Не подавайте документы, где указаны номера социального обеспечения, банковских счетов и т. д.

Информация о вас			
* Я подаю эту жалобу: <input type="checkbox"/> От своего лица <input type="checkbox"/> От лица другого человека <i>Если вы отметили вариант «От лица другого человека», ответьте на дополнительные вопросы ниже.</i>		* Я предпочитаю не раскрывать свою личность: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
* Имя:		* Фамилия:	
* Домашний адрес (включая номер квартиры):			
* Город, штат и почтовый индекс:			Страна:
* Номер телефона:		* Электронная почта:	
* Предпочтительный способ связи (выберите один вариант): <input type="checkbox"/> Электронная почта <input type="checkbox"/> Телефон			
Служил ли кто-нибудь из членов вашей семьи или служит в настоящее время? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <i>Если вы ответили «Да», отметьте все подходящие варианты.</i>			
<input type="checkbox"/> Заявитель	<input type="checkbox"/> Супруг (-а) или партнер	<input type="checkbox"/> Ребенок	<input type="checkbox"/> Другое (укажите):
<input type="checkbox"/> Вооруженные силы США	<input type="checkbox"/> Национальная гвардия	<input type="checkbox"/> Резерв	

Если вы подаете эту форму жалобы за другого человека, вы должны указать информацию о заявителе. Если вы этого не сделаете, вы не сможете получить ответ от представителей предприятия.

Имя:	Фамилия:
Домашний адрес (включая номер квартиры):	
Город, штат и почтовый индекс:	Страна:
Номер телефона:	Электронная почта:
Предпочтительный способ связи (выберите один вариант): <input type="checkbox"/> Электронная почта <input type="checkbox"/> Телефон	

Информация о предприятии		
* Название предприятия:		
* Характер деятельности:	Номер лицензии DCWP:	
Рабочий адрес:	Город, штат и почтовый индекс:	
Номер телефона:	Электронная почта:	Веб-сайт:
Уведомили ли вы представителей предприятия по поводу жалобы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если вы отметили «Да», ответьте на вопросы ниже.		
Имя, фамилия и контактная информация сотрудника:		
Что произошло?		
Каков был результат?		

Информация о жалобе	
Причина подачи жалобы (выберите все подходящие варианты):	
<input type="checkbox"/> Цены не указаны или они неточные	<input type="checkbox"/> Отказ в возмещении, возврате или обмене
<input type="checkbox"/> Цены завышены	<input type="checkbox"/> Отказ в приеме наличной оплаты
<input type="checkbox"/> Некачественный товар или услуга	<input type="checkbox"/> Другое (укажите):
<input type="checkbox"/> Реклама является ложной или вводит в заблуждение	
Вы приобрели товар у этого предприятия или его сотрудники оказали вам услугу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если вы отметили «Да», ответьте на вопросы ниже.	
Дата осуществления транзакции	
Описание продукта или услуги:	
Стоимость продукта или услуги	
В какой форме была произведена оплата? <input type="checkbox"/> Наличные <input type="checkbox"/> Чек <input type="checkbox"/> Кредитная карта <input type="checkbox"/> Другая форма (укажите):	
Вы сделали покупку через Интернет? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Подписывали ли вы контракт с этим предприятием? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не помню	
Есть ли в системе предприятия номера счетов или другая информация, необходимая для того, чтобы найти вас?	
<input type="checkbox"/> Да, номер счета:	
<input type="checkbox"/> Нет	
Обращались ли вы в суд для открытия дела в связи с вашей жалобой? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если вы отметили «Да», ответьте на вопросы ниже.	
Номер дела	
Суд	
Если рассмотрение дела уже закончено, каков был результат?	

* Кратко опишите вашу жалобу и результат, который вы хотели бы получить. При необходимости используйте дополнительные страницы.

СОГЛАСИЕ

- Отмечая это поле, я подтверждаю, что являюсь лицом, подавшим эту жалобу, и разрешаю предприятию и (или) его агентам обсудить мою жалобу с представителями DCWP. Мною была прочитана информация, содержащаяся в этой форме, и насколько мне известно, она соответствует действительности.