



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

电话: 311 (212-NEW-YORK)
nyc.gov/dcwp

提出投诉

感谢您联系纽约市消费者和劳工保护部 (Department of Consumer and Worker Protection, DCWP)。请填写此表格。请用正楷填写或打字输入每个问题的回答。如果某个问题对您不适用, 请标记“N/A”或“不适用”。您必须填写标有星号 (*) 的项目。

您可以通过以下方式之一**提交此表格**:

- 电子邮件: Consumers@dcwp.nyc.gov
- 传真: 212-487-4482 / 646-500-5914
- 邮寄至上方的地址。

重要信息: 请**提交支持**您投诉的**证明文件副本** (如网页打印件、合同、保修单、账单、结算单、付讫支票、包括电子邮件在内的信函等)。注意: 保护敏感信息。请勿提交包含社会安全号码、银行账号等信息的文件。

您的基本信息			
*我代为提出投诉的对象: <input type="checkbox"/> 我本人 <input type="checkbox"/> 其他人 <i>如果您勾选“其他人”, 请填写下面的附加表格。</i>		*我希望保持匿名: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
*名字		*姓氏	
*家庭住址 (包括公寓号)			
*城市、州、邮政编码			国家
*电话号码		*电子邮件	
*首选联系方式: (选择一项。) <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 电话			
您是否有家人服过兵役? 或者您是否有家人正在服兵役? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <i>如果您勾选“是”, 请选择任何适用选项。</i>			
<input type="checkbox"/> 我本人	<input type="checkbox"/> 配偶/伴侣	<input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 其他 (请注明):
<input type="checkbox"/> 美国武装部队	<input type="checkbox"/> 国民警卫队	<input type="checkbox"/> 预备役部队	

如果您为其他人提交此投诉表, 则必须提供投诉人的相关信息。如果不提供投诉人的信息, 您将无法收到企业的回复。

名字	姓氏
家庭住址 (包括公寓号)	
城市、州、邮政编码	国家
电话号码	电子邮件
首选联系方式: (选择一项。) <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 电话	

企业信息			
*企业名称			
*企业类型		DCWP 许可证号	
营业地址		城市、州、邮政编码	
电话号码	电子邮件	网站	
您是否就该投诉联系过企业？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果您勾选“是”，请填写以下信息。			
员工姓名及联系方式			
发生了什么事？			
结果如何？			

关于该投诉	
投诉原因：（请选择所有适用项。）	
<input type="checkbox"/> 价格未明示/不准确	<input type="checkbox"/> 拒绝退款/退货/换货
<input type="checkbox"/> 要价过高	<input type="checkbox"/> 拒绝接受现金付款
<input type="checkbox"/> 商品或服务有缺陷	<input type="checkbox"/> 其他（请注明）：
<input type="checkbox"/> 广告虚假或有误导性	
您是否购买了该企业的商品或服务？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果您勾选“是”，请填写以下信息。	
交易日期	
商品或服务描述	
商品或服务价格	
您通过何种方式付款？ <input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 其他（请注明）：	
该交易是否为网购？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否与企业签订了合同？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不记得	
企业是否需要账号或其他信息才能在其系统中找到您？	
<input type="checkbox"/> 是；账号： <input type="checkbox"/> 否	
您是否已就该投诉向法院提起诉讼？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果您勾选“是”，请填写以下信息。	
案件编号	
法院	
如果该案件已结案，结果如何？	

*请简要描述您的投诉以及您希望看到的结果。如有需要，可另附纸张。

确认

通过勾选此框，即证明本人是此投诉表的提交人，且本人授权企业和/或其代理人与 DCWP 讨论本人的投诉。本人已阅读此表格中的信息，据本人所知，这些信息均真实准确。