



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

Llame al 311 (212-NEW-YORK)  
nyc.gov/dcwp

## Presente su queja

Gracias por comunicarse con el Departamento de Protección al Consumidor y al Trabajador (DCWP) de la Ciudad de Nueva York. Complete este formulario. Escriba en sus respuestas a cada pregunta claramente en letra de molde o tecléelas. Si una pregunta no se aplica a usted, escriba N/C o No corresponde. Debe dar la información que está marcada con un asterisco (\*).

Puede **presentar este formulario** de una de las siguientes formas:

- Por email: [Consumers@dcwp.nyc.gov](mailto:Consumers@dcwp.nyc.gov)
- Por fax: 212-487-4482/646-500-5914
- Por correo a la dirección que figura arriba.

**Importante:** Envíe **copias de los documentos complementarios** de su queja (por ejemplo, impresiones de páginas web; contratos; garantías; facturas; estados de cuenta; cheques cancelados; correspondencia, incluyendo emails, etc.). Nota: Proteja la información sensible. No envíe documentos con números de Seguro Social, números de cuentas bancarias, etc.

Acerca de usted			
*Quiero presentar esta queja: <input type="checkbox"/> Para mí <input type="checkbox"/> Para otra persona		*Quiero permanecer anónimo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Si marcó "Para otra persona", complete la tabla adicional de abajo.</b>			
*Nombre		*Apellido	
*Domicilio (incluyendo número de apartamento)			
*Ciudad, Estado, Código postal			País
*Número de teléfono		*Email	
*Método preferido de contacto: (Marque una). <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Teléfono			
¿Ha servido algún miembro de su grupo familiar o está sirviendo actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Si marcó "Sí", seleccione lo que corresponda.</b>			
<input type="checkbox"/> Yo	<input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro (explique):
<input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas de los EE. UU.	<input type="checkbox"/> Guardia Nacional	<input type="checkbox"/> Reserva	

Si quiere presentar esta queja para otra persona, debe dar información sobre la queja. Si no la da, no podrá recibir una respuesta del negocio.

Nombre	Apellido
Domicilio (incluyendo número de apartamento)	
Ciudad, Estado, Código postal	País
Número de teléfono	Email
Método preferido de contacto: (Marque una). <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Teléfono	

Información sobre el negocio		
*Nombre del negocio		
*Tipo de negocio	Número de licencia del DCWP	
Dirección del negocio	Ciudad, Estado, Código postal	
Número de teléfono	Email	Sitio web
¿Se ha comunicado con el negocio ara hablar de la queja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si marcó "Sí", complete las filas de abajo.</b>		
Nombre e información de contacto del empleado		
¿Qué sucedió?		
¿Cuál fue el resultado?		

Acerca de la queja	
Motivo de la queja: <i>(Marque todo lo que corresponda).</i>	
<input type="checkbox"/> Precios no publicados/inexactos	<input type="checkbox"/> Se negaron al reembolso/aceptar cambios/devoluciones
<input type="checkbox"/> Cobro en exceso	<input type="checkbox"/> Se negaron a aceptar pago en efectivo
<input type="checkbox"/> Bienes o servicios defectuosos	<input type="checkbox"/> Otro <i>(explique):</i>
<input type="checkbox"/> Publicidad falsa o engañosa	
¿Le compró al negocio un bien o servicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si marcó "Sí", complete las filas de abajo.</b>	
Fecha de la transacción	
Descripción de los productos o servicios	
Costo de los productos o servicios	
¿Cómo pagó? <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> Otro <i>(explique):</i>	
¿Fue una compra por Internet? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Firmó un contrato con el negocio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo recuerdo	
¿Hay números de cuenta u otra información que el negocio necesite para encontrarlo en el sistema?	
<input type="checkbox"/> Sí, números de cuenta: <input type="checkbox"/> No	
¿Ha presentado ante un tribunal un caso relacionado con su queja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si marcó "Sí", complete las filas de abajo.</b>	
Número de caso	
Tribunal	
Si el caso se completó, ¿cuál fue el resultado?	

**\*Describa brevemente su queja y el resultado que le gustaría obtener. Use páginas adicionales, si es necesario.**

---



---



---



---

#### RECONOCIMIENTO

- Marcando el casillero, certifico que soy la persona que presentó esta queja y autorizo al negocio o a sus agentes a hablar con el DCWP de mi queja. He leído la información de este formulario y es verdadera, según mi leal saber y entender.