

اپنی شکایت درج کریں

نیویارک سٹی کے محکمہ برائے صارف اور کارکن کا تحفظ (Department of Consumer and Worker Protection, DCWP) سے رابطہ کرنے کا شکریہ۔
برائے مہربانی اس فارم کو مکمل کریں۔ واضح طور پر ہر سوال کے اپنے جوابات پرنٹ کریں یا ٹائپ کریں۔ اگر کوئی سوال آپ پر لاگو نہیں ہوتا ہے، تو براہ کرم N/A یا
قابل اطلاق نہیں پر نشان لگائیں۔ آپ کو ستارہ (*) والی نشان زد معلومات فراہم کرنا ضروری ہے۔

آپ درج ذیل طریقوں میں سے کسی ایک طریقے سے یہ فارم جمع کرا سکتے ہیں۔

- ای میل: Consumers@dcwp.nyc.gov
- فیکس: 646-500-5914 / 212-487-4482
- مندرجہ بالا پتے پر میل کریں۔

اہم بات: براہ کرم اپنی شکایت کے لیے تائیدی دستاویزات کی کاپیاں جمع کروائیں (مثال کے طور پر، ویب پرنٹ آؤٹ، معاہدے، وارنٹی، بل، اسٹیٹمنٹ، منسوخ شدہ چیک،
خط و کتابت بشمول ای میل وغیرہ)۔ نوٹ: حساس معلومات کو محفوظ رکھیں۔ سوشل سیکیورٹی نمبرز، بینک اکاؤنٹ نمبرز وغیرہ کے ساتھ دستاویزات جمع نہ کریں۔

آپ کے بارے میں	
*میں یہ شکایت مندرجہ ذیل کے لئے درج کر رہا ہوں: <input type="checkbox"/> بذات خود <input type="checkbox"/> کوئی اور	*میں گمنام رہنا چاہتا ہوں: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
اگر آپ نے "کوئی اور" کو نشان زد کیا ہے، تو ذیل میں اضافی جدول (ٹیبل) کو مکمل کریں۔	
*پہلا نام	*آخری نام
*گھر کا پتہ (بشمول اپارٹمنٹ نمبر)	
*سٹی، ریاست، زپ کوڈ	ملک
*فون نمبر	*ای میل
*رابطے کا ترجیحی طریقہ: (ایک منتخب کریں) <input type="checkbox"/> ای میل <input type="checkbox"/> فون	
کیا آپ کے گھرانہ میں کبھی کسی نے افواج میں خدمت سرانجام دی ہے، یا کیا وہ فی الحال دے رہے ہیں؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں اگر آپ نے "ہاں" کو نشان زد کیا ہے، تو اس سے متعلق اطلاق ہونے والے کو منتخب کریں۔	
<input type="checkbox"/> بذات خود	<input type="checkbox"/> شریک حیات/ پارٹنر
<input type="checkbox"/> امریکی مسلح خدمات	<input type="checkbox"/> نیشنل گارڈ
<input type="checkbox"/> دیگر (وضاحت کریں):	<input type="checkbox"/> بچہ
<input type="checkbox"/> ریزروز	<input type="checkbox"/> دیگر (وضاحت کریں):

اگر آپ یہ شکایت فارم کسی اور کے لیے جمع کروا رہے ہیں، تو آپ کو شکایت کنندہ کے بارے میں معلومات فراہم کرنی ہوگی۔ اگر آپ شکایت کنندہ کی معلومات فراہم نہیں کرتے ہیں، تو آپ کو کاروبار سے کوئی جواب موصول نہیں ہوگا۔

آپ کے بارے میں	
*میں گمنام رہنا چاہتا ہوں: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	*میں گمنام رہنا چاہتا ہوں: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
اگر آپ نے "کوئی اور" کو نشان زد کیا ہے، تو ذیل میں اضافی جدول (ٹیبل) کو مکمل کریں۔	
*پہلا نام	*آخری نام
*گھر کا پتہ (بشمول اپارٹمنٹ نمبر)	
*سٹی، ریاست، زپ کوڈ	ملک
*فون نمبر	*ای میل
*رابطے کا ترجیحی طریقہ: (ایک منتخب کریں) <input type="checkbox"/> ای میل <input type="checkbox"/> فون	

کاروبار کے بارے میں	
*کاروبار کا نام	
DCWP لائسنس نمبر	*کاروبار کی قسم
سٹی، ریاست، زپ کوڈ	کاروباری پتہ
ویب سائٹ	ای میل
فون نمبر	
کیا آپ نے کاروبار سے شکایت کے متعلق رابطہ کیا ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں اگر آپ نے "ہاں" کو نشان زد کیا ہے تو نیچے دی گئی سطریں مکمل کریں۔	
ملازم کا نام اور رابطہ کی معلومات	
کیا ہوا؟	
نتیجہ کیا نکلا؟	

شکایت کے بارے میں	
شکایت کی وجہ: (وہ سبھی منتخب کریں جو لاگو ہوتے ہیں۔)	
<input type="checkbox"/> قیمتیں پوسٹ نہیں کی گئی/غلط ہیں	<input type="checkbox"/> ریفرنڈ/واپسی/تبادلے سے انکار کر دیا
<input type="checkbox"/> اور چارج	<input type="checkbox"/> نقد ادائیگی قبول کرنے سے انکار کر دیا
<input type="checkbox"/> خراب سامان یا خدمت	<input type="checkbox"/> دیگر (وضاحت کریں):
<input type="checkbox"/> اشتہار غلط یا گمراہ کن ہے	
کیا آپ نے کاروبار سے کوئی سامان یا خدمت لی؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں اگر آپ نے "ہاں" کو نشان زد کیا ہے تو نیچے دی گئی سطریں مکمل کریں۔	
لین دین کی تاریخ	
مصنوعات یا سروس (سروسز) کی تفصیل	
مصنوعات یا سروس (سروسز) کی قیمت	
آپ نے ادائیگی کیسے کی؟ <input type="checkbox"/> نقد <input type="checkbox"/> چیک <input type="checkbox"/> کریڈٹ کارڈ <input type="checkbox"/> دیگر (وضاحت کریں):	
کیا یہ انٹرنیٹ پر خریداری تھی؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	
کیا آپ نے کاروبار کے معاہدے پر دستخط کیا ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں یاد نہیں	
کیا کاروبار کو اپنے سسٹم میں آپ کو تلاش کرنے کے لیے اکاؤنٹ نمبر یا دیگر معلومات کی ضرورت ہے؟	
<input type="checkbox"/> ہاں؛ اکاؤنٹ نمبر (نمبرز):	
<input type="checkbox"/> نہیں	
کیا آپ نے اپنی شکایت سے متعلق عدالت میں کوئی کیس دائر کیا ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں اگر آپ نے "ہاں" کو نشان زد کیا ہے تو نیچے دی گئی سطریں مکمل کریں۔	
کیس نمبر	
عدالت	
اگر کیس مکمل ہو گیا تو اس کا کیا نتیجہ نکلا؟	

*مختصر طور پر اپنی شکایت اور وہ حل بیان کریں جو آپ دیکھنا چاہتے ہیں۔ ضرورت کے مطابق اضافی صفحات استعمال کریں۔

اعتراف

باکس پر نشان لگا کر، میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں وہ فرد ہوں جس نے یہ شکایت جمع کروائی ہے، اور میں کاروبار اور/یا اس کے ایجنٹوں کو DCWP کے ساتھ اپنی شکایت پر بات کرنے کا اختیار دیتا ہوں۔ میں نے اس فارم پر دی گئی معلومات کو پڑھ لیا ہے اور یہ میری بہترین معلومات کے مطابق درست ہے۔