



**Division of
Consumer Protection**

Штат Нью-Йорк
Департамент штата
Отдел по защите прав потребителей
One Commerce Plaza
99 Washington Avenue, Suite #640
Albany, NY 12231-0001
Телефон: (518) 474-8583
Факс: (518) 486-3936
ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ ПО ВОПРОСАМ ЗАЩИТЫ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ: 1-800-697-1220
WWW.DOS.NY.GOV

ФОРМА ЖАЛОБЫ ПОТРЕБИТЕЛЯ							
Фамилия:		Имя:		Форма обращения: (Обведите кружком 1 вариант) Г-н Г-жа			
Почтовый адрес:		Город:		Штат:		Индекс:	
Номер телефона (рабочий):		Номер телефона (домашний):		Факс:		Адрес эл. почты:	
Служили ли вы когда-нибудь в вооруженных силах? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет							
Информация о компании (компании-стороне спора)							
Название компании или продавца:				Представитель/сотрудник компании и должность:			
Почтовый адрес:		Город:		Штат:		Индекс:	
Номер телефона компании:		Факс компании:		Адрес веб-сайта:			
ИНФОРМАЦИЯ О ЖАЛОБЕ							
Описание жалобы: Введите или напишите печатными буквами понятное описание жалобы (например, характер или тип жалобы: автомобиль, заказ товара по почте, телефонный маркетинг, Интернет и т.д.). При необходимости вы можете добавить дополнительные страницы с описанием.							
Дата первого возникновения проблемы:		Дата(ы) направления вами жалоб в компанию:			На чье имя вы направляли жалобы:		
Торговое название или производитель:		Название или номер модели:			Заводской номер:		
Дата истечения срока действия гарантии:		Дата покупки:			Номер договора, счета или полиса		
Дата подписания договора или заказа:							



ФОРМА ЖАЛОБЫ ПОТРЕБИТЕЛЯ

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОПЛАТЕ

Вы уже оплатили товар или услугу? *(Обведите кружком один вариант)* Да Нет Частичная покупка Оспариваемая сумма: _____ долл. США

Способ оплаты: *(Обведите кружком один вариант)* Наличные Чек Кредитная карта Денежный перевод

ОПИСАНИЕ РЕШЕНИЯ, НА КОТОРОМ ВЫ НАСТАИВАЕТЕ *(напр., возврат средств, кредит, замена или компенсация)*

Обращались ли вы в другие государственные органы или к выбранному должностному лицу для поддержки в разрешении этой жалобы? *(Обведите кружком 1 вариант)* Да Нет

Обращение в государственный орган:

контактное лицо органа или выбранное должностное лицо:

Полученная поддержка:

Обращались ли вы к адвокату? *(Обведите кружком 1 вариант)* Да Нет Ведется ли незаконченное судебное разбирательство? *(Обведите кружком 1 вариант)* Да Нет

Приложите к этой форме копии любой необходимой документации. НЕ ОТПРАВЛЯЙТЕ ОРИГИНАЛЫ.

ПЕРЕД ПОДПИСАНИЕМ ФОРМЫ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРИВЕДЕННЫМ НИЖЕ ТЕКСТОМ

Подаявая эту форму, я понимаю, что отдел по защите прав потребителей пытается решить спор по моей жалобе в качестве посредника. Я также понимаю, что при наличии любых вопросов о моих законных правах или обязанностях мне следует обратиться к частному адвокату. Настоящим я уполномочиваю отдел по защите прав потребителей осуществлять взаимодействие с соответствующими государственными и частными организациями от моего имени, включая запрос и рассмотрение соответствующих документов, для разрешения моего спора. Я не возражаю против передачи содержания данной жалобы организации или должностному лицу, против которого направлена жалоба. Я понимаю, что содержание настоящего документа может быть раскрыто в соответствии с Законом о свободе информации. Вышеуказанная жалоба является точной и достоверной по имеющимся у меня сведениям.

Подпись: _____ Дата: _____

Вопрос: Приложили ли вы копии важных документов к форме жалобы?

Отправьте ее по адресу:
NYS Department of State
Division of Consumer Protection
Consumer Assistance Unit
One Commerce Plaza
99 Washington Avenue, Suite 640
Albany, NY 12231