



**Division of
Consumer Protection**

State of New York
Department of State
Division of Consumer Protection
 One Commerce Plaza
 99 Washington Avenue, Suite #640
 Albany, NY 12231-0001
 电话: (518) 474-8583
 传真: (518) 486-3936
 消费者投诉热线电话: 1-800-697-1220

消费者投诉表

重要事项: 如果您已在法院 **提起诉讼**, 消费者保护部门 (DCP) 将不能提供其他额外帮助。 **诉讼** 包括目前正在进行的法院诉讼和法院已作出最终裁决的诉讼。但是仍然欢迎您提起投诉, 为您对消费者保护部门 (DCP) 的关注建立一个公共记录。

名字:		姓氏:	
街道地址 (公寓名称及房间号):		城市:	州:
		邮政编码:	
日间电话号码:	夜间电话号码:	电子邮件地址:	
您是否曾在军队服役? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
您的直系亲属中是否有成员曾在军队服役? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

公司信息 (涉及纠纷的公司 - 您所投诉的企业名称)

公司或销售商名称:	公司代表/销售人员及职务:		
公司或销售商街道地址 (公寓名称及房间号):		城市:	州:
		邮政编码:	
公司或销售商电话:	公司或销售商传真号码:		
公司或销售商执照号码 (如有):		公司或销售商电子邮件地址:	

您是否已与其他政府机构或人员联系以协助解决此投诉? (选择一项) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
机构联系人或负责人员:
收到的援助:

投诉信息

请在本表格后附上任何文件副本 (例如合同、担保、收到的账单、已付支票和或何支持您投诉的文件)。 请勿提交原件。	
问题首次出现日期: 您向公司投诉日期: 您已向谁投诉:	
品牌名称或生产商: 产品名称/型号: 编号:	
保修到期日: 购买日期:	合同、账户或保单号码:
合同或订单签署日期:	

投诉信息 (续)

投诉说明: 请打印或一份清晰的投诉说明 (例如, 投诉性质或类型: 汽车、邮购、电话销售、互联网等) , 如有必要, 请附上其他资料。

付款信息

您是否已为产品或服务支付费用? (选择一项) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 部分购买 <input type="checkbox"/> 争议金额: 美元 _____
付款方法: (选择一项) <input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 汇票

您要求的解决方案说明 (例如退款、换货、退货或赊购)

请在签字前仔细阅读以下内容

填写本表格时, 我知晓消费者保护部门正尝试调解我的投诉。我也知晓, 如果有任何关于法律权利或责任方面的问题, 我应该联系我的私人律师。我特此授权消费者保护部门代表我与适当的政府和私营部门合作, 包括要求和审查适当的文件, 以尝试调解我的纠纷。我不反对将本投诉内容转发给相关投诉企业或售后人员。我知晓根据《信息自由法案》, 本文件可以进行披露。据我所知, 上述投诉真实、准确。

签字: _____ 日期: _____

返回至: 纽约州州务院
消费者保护部门
消费者援助部门
地址: One Commerce Plaza
99 Washington Avenue, Suite 640
Albany, NY 12231