

Formulaire de demande d'enquête sur un lieu de travail et de dépôt de plainte

Le Département de la protection des consommateurs et des travailleurs (Department of Consumer and Worker Protection, DCWP) constitue la ressource principale pour les employés dans la ville de New York. Nous enquêtons dans le cadre de plaintes en vertu des lois de la ville de New York que nous faisons respecter et, au titre d'autres problèmes sur le lieu de travail, nous mettons les salariés en rapport avec les organes gouvernementaux pertinents, des prestataires de services juridiques et d'autres ressources pour fournir de l'aide et des services essentiels.

Pour déposer une plainte ou demander une recommandation, **prière de dûment remplir ce formulaire et un(e) agent(e) de l'OLPS vous contactera**. Vous pouvez nous **envoyer ce formulaire** par l'une des méthodes suivantes :

- Par courriel à l'adresse suivante : OLPS@dcwp.nyc.gov
- Par courrier postal à l'adresse ci-dessus.

Vous pouvez **envoyer tous les documents** relatifs à votre plainte ou à votre question avec ce formulaire.

| Informations vous concernant | | | |
|--|--------|------------------------|---------------------|
| Cochez une case : | | Poste : | Langue maternelle : |
| <input type="checkbox"/> Employé / salarié <input type="checkbox"/> Employeur / partie requérant des services | | | |
| Prénom : | | Nom : | |
| Numéro de téléphone : | | Adresse électronique : | |
| Adresse postale : | | | |
| Ville : | État : | Code postal : | Arrondissement : |
| Êtes-vous un(e) ancien(ne) combattant(e) ? | | | |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | |

| Informations concernant l'employeur/l'entreprise | | | |
|--|--------|------------------------|------------------|
| Nom de la société : | | Secteur : | |
| Nom du responsable : | | Adresse électronique : | |
| Adresse postale : | | Numéro de téléphone : | |
| Ville : | État : | Code postal : | Arrondissement : |

>

