

## تقديم شكواك

شكرًا لك على تواصلك مع إدارة حماية المستهلك والعمل (DCWP) في مدينة نيويورك. يرجى ملأ هذا النموذج. اكتب أو اطبع إجاباتك عن كل سؤال بوضوح. إذا لم ينطبق عليك أحد الأسئلة المطروحة، يرجى كتابة "غ/م" أو "غير منطبق". يجب تقديم المعلومات المحددة بعلامة نجمة (\*).

يمكنك تقديم هذا النموذج بأي من الطرق التالية:

- البريد الإلكتروني: [Consumers@dcwp.nyc.gov](mailto:Consumers@dcwp.nyc.gov)
- الفاكس: 646-500-5914 / 212-487-4482
- أرسل رسالة بالبريد إلى العنوان المذكور أعلاه.

مهم: يرجى تقديم نسخ من المستندات الداعمة لشكواك (على سبيل المثال، نماذج مطبوعة من موقع الإلكتروني، عقود، ضمانات، فواتير، بيانات، شبكات مُلغاة، مراسلات بما في ذلك البريد الإلكتروني، إلخ). ملاحظة: يرجى حماية المعلومات الحساسة. لا تقدم وثائق تتضمن أرقام ضمان اجتماعي أو أرقام حسابات مصرفية، إلخ.

معلومات عنك	
*أقدم هذه الشكوى نيابة عن: <input type="checkbox"/> نفسي <input type="checkbox"/> شخص آخر	*أريد الحفاظ على سرية هويتي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا وضعت علامة عند "شخص آخر"، فأكمل الجدول الإضافي أدناه.	
*الاسم الأول	* اسم العائلة
*عنوان المنزل (بما في ذلك رقم الشقة)	
*المدينة، الولاية، الرمز البريدي	الدولة
*رقم الهاتف	*البريد الإلكتروني
*طريقة التواصل المفضلة: (حدد إجابة واحدة). <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> الهاتف	
هل خدم أي فرد في أسرتك المعيشية في الجيش أو يخدم فيه حاليًا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا وضعت علامة أمام "نعم"، فاختر أي إجابة منطبقة.	
<input type="checkbox"/> مقدم الشكوى نفسه	<input type="checkbox"/> الزوج/الشريك
<input type="checkbox"/> القوات المسلحة بالولايات المتحدة	<input type="checkbox"/> الحرس الوطني
<input type="checkbox"/> قوات الاحتياط	<input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى الشرح):
<input type="checkbox"/> الطفل	

إذا كنت تقدم هذه الشكوى بالنيابة عن شخص آخر، يجب أن تقدم معلومات صاحب الشكوى. في حالة عدم تقديم معلومات صاحب الشكوى، لن تتمكن من تلقي رد من جانب العمل التجاري.

الاسم الأول	اسم العائلة
عنوان المنزل (بما في ذلك رقم الشقة)	
المدينة، الولاية، الرمز البريدي	الدولة
رقم الهاتف	البريد الإلكتروني
طريقة التواصل المفضلة: (حدد إجابة واحدة). <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> الهاتف	

معلومات عن العمل التجاري			
*اسم العمل التجاري			
*نوع العمل التجاري		رقم الترخيص لدى إدارة DCWP	
عنوان العمل التجاري		المدينة، الولاية، الرمز البريدي	
رقم الهاتف	البريد الإلكتروني	الموقع الإلكتروني	
هل تواصلت مع العمل التجاري بشأن الشكوى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا وضعت علامة أمام "نعم"، فاملأ الصفوف أدناه.			
اسم الموظف ومعلومات الاتصال الخاصة به			
ماذا حدث؟			
ماذا كانت النتيجة؟			

معلومات عن الشكوى	
سبب الشكوى: (حدد جميع ما ينطبق).	
<input type="checkbox"/> الأسعار غير معروضة/دقيقة	<input type="checkbox"/> رفض استرداد المال/إرجاع المنتج/تبديله
<input type="checkbox"/> التكلفة باهظة	<input type="checkbox"/> رفض الدفع نقدًا
<input type="checkbox"/> السلعة فاسدة أو الخدمة سيئة	<input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى الشرح):
<input type="checkbox"/> الإعلان كاذب أو مضلل	
هل اشتريت سلعة أو خدمة من العمل التجاري؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا وضعت علامة أمام "نعم"، فاملأ الصفوف أدناه.	
تاريخ المعاملة	
وصف المنتج (المنتجات) أو الخدمة (الخدمات)	
تكلفة المنتج (المنتجات) أو الخدمة (الخدمات)	
ما هي طريقة الدفع؟ <input type="checkbox"/> نقدًا <input type="checkbox"/> شيك <input type="checkbox"/> بطاقة ائتمان <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى الشرح):	
هل كان الشراء عبر الإنترنت؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل وقعت عقدًا مع العمل التجاري؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أتذكر	
هل هناك أرقام حساب أو معلومات أخرى يحتاج إليها العمل التجاري للعثور عليك في نظامه؟	
<input type="checkbox"/> نعم، يوجد رقم (أرقام) حساب: <input type="checkbox"/> لا	
هل رفعت دعوى متعلقة بشكواك في المحكمة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا وضعت علامة أمام "نعم"، فاملأ الصفوف أدناه.	
رقم الدعوى	
المحكمة	
إذا تم البت في الدعوى، فماذا كان الحكم؟	

\*صف شكواك والنتيجة التي ترجو الوصول إليها بإيجاز. يمكنك استخدام صفحات إضافية حسب الحاجة.

---



---



---



---

## إقرار

بوضع علامة في المربع، أقر أنني الشخص المقدم لهذه الشكوى، وأصرح للعمل التجاري و/أو وكلائه بمناقشة شكواي مع DCWP. أقر أنني قرأت المعلومات المقدمة في هذا النموذج وأنها صحيحة إلى حد علمي.