



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
 전화: (518) 474-8583
 팩스: (518) 486-3936
 소비자 불만 상담 전화: 1-800-697-1220
WWW.DOS.NY.GOV

소비자 불만 제기 양식			
성:	이름:	제목: (해당 항목에 동그라미) Mr. Ms. Mrs.	
주소:	시:	주:	우편번호:
전화번호(주간):	전화번호(야간):	팩스번호:	이메일 주소:
군대에서 복무한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
회사 정보 (분쟁에 연루된 회사)			
회사 또는 판매자 이름:		회사 대표/영업 사원 및 직함:	
주소:	시:	주:	우편번호:
회사 전화번호:	회사 팩스번호:	웹사이트 주소:	
불만사항 정보			
불만사항 설명: 불만사항(불만사항의 종류 또는 유형: 차량, 우편 주문, 텔레마케팅, 인터넷 등)에 대한 명확한 설명을 기재하거나 입력하십시오. 필요한 경우 추가 설명 페이지를 첨부하십시오.			
문제가 처음 발생한 날짜:	회사에 불만을 제기한 날짜:	귀하가 불만을 제기한 사람:	
브랜드 이름 또는 제조업체:	모델 이름 또는 번호:	일련번호:	
보증 만료 날짜:	구입한 날짜:	계약, 계정 또는 정책 번호	
계약서 또는 주문서에 서명한 날짜:			

소비자 불만 제기 양식

지불 정보

이미 제품이나 서비스 비용을 지불했습니까? (해당 항목에 동그라미) 예 아니오 분쟁 중인 부분 구매 금액:\$ _____

지불 방법: (해당 항목에 동그라미) 현금 수표 신용카드 송금환

요청하신 해결 방법 설명 (예: 환불, 크레딧, 교환 또는 리베이트)

다른 정부 기관이나 선출직 공무원에게 이 불만사항의 해결을 도와달라고 연락한 적이 있습니까? (해당 항목에 동그라미) 예 아니오

연락한 주정부 기관:

연락한 에이전시 또는 선출직 공무원:

받은 지원:

변호사와 연락한 적이 있습니까? (해당 항목에 동그라미) 예 아니오

법원에 소송 계류 중입니까? (해당 항목에 동그라미) 예 아니오

필요한 서류의 사본을 이 양식에 첨부하십시오. 원본을 보내지 마십시오.

서명하기 전에 아래 내용을 읽으십시오

이 양식의 작성 시점에서 본인은 소비자 보호 부서가 본인의 불만을 중재하려고 시도하고 있음을 이해합니다. 또한 법적 권리나 책임에 관한 질문이 있는 경우 개인 변호사에게 문의해야 한다는 것을 이해합니다. 본인은 관련 문서 요청 및 검토를 포함하여 관련 정부 및 민간 단체와 협력하여 본인을 대신하여 분쟁을 해결하도록 소비자 보호 부서에 권한을 위임합니다. 본인은 이 불만사항의 내용이 불만을 제기한 비즈니스 또는 서비스 담당자에게 전달되는 것에 대해 이의를 제기하지 않습니다. 본인은 이 문서가 정보 자유법에 따라 공개될 수 있음을 이해합니다. 위의 불만 사항은 본인이 알고 있는 한 사실이고 정확합니다.

서명: _____ 날짜: _____

질문: _____ 중요한 서류의 사본을 불만 제기 양식에 동봉한 적이 있습니까?

다음 주소로 발송:
NYS Department of State
Division of Consumer Protection
Consumer Assistance Unit
One Commerce Plaza
99 Washington Avenue, Suite 640
Albany, NY 12231