

FORMULARIO PARA QUEJAS O INFRACCIONES APARENTES

Información del Trabajador / Individuo		Información del Encuestado / Organización	
Apellido	Nombre	Nombre de la Persona de quien se Queja	
Dirección (Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		Nombre de la Organización o Empleador	
Correo Electrónico		Dirección (Número, Calle, Ciudad, Estado, Zona Postal)	
Teléfono	Teléfono Alternativo	Teléfono	Correo Electrónico

Declaración de la Queja o Infracción Aparente (Por favor explique el incidente y circunstancias)

Fecha del Incidente

Resolución Deseada (Explique cualquier resolución que esté buscando en respuesta a esta queja.)

Certificación: CERTIFICO que la información proporcionada es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. AUTORIZO que se comparta esta información a otras agencias para la adecuada investigación de mi queja. ENTIENDO que mi identidad se mantendrá confidencial en la mayor medida posible, de acuerdo con las leyes que aplican y con una determinación justa de mi queja.

¿Podemos compartir esta queja / información con la persona contra la que se ha presentado esta queja? Sí No

Firma del Trabajador / Individuo: (No se requiere para Infracciones Aparentes) **Fecha:**
X

Staff Use Only (Para Uso del Personal Solamente)

What program was involved in the alleged incident? (check all that apply)

<input type="checkbox"/> Employment Service (Wagner-Peyser) <input type="checkbox"/> Against ESD <input type="checkbox"/> Against Employer <input type="checkbox"/> Alleged Violation of Wagner-Peyser Regulations <input type="checkbox"/> Migrant or Seasonal Farm Worker (MSFW) <input type="checkbox"/> Employment-Related Law Complaint <input type="checkbox"/> Alleged Violation of Employment-Related Law(s) <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Workforce Innovation and Opportunity Act (DW, Adult, Youth) Program <input type="checkbox"/> Trade Adjustment Assistance (TAA) Program <input type="checkbox"/> Other Program/Provider: _____ Note: Discrimination Complaints are documented using the complaint form in WSS Policy 1017, Discrimination Complaint Processing. Forward to EO Officer after logging.
---	---

Referrals (if applicable):

Agency/Organization Receiving Referral
Dept. of Labor & Industries Dept. of Health Human Rights Commission Other: _____

Agency Contact | **Phone #** | **Email**

Actions taken on Complaint/Apparent Violation (use separate paper if additional space needed)

Action taken by: (first and last name) | **On: (date)**

Complaint/Apparent Violation resolved at local level? Yes No (If no, explain (use separate paper for additional space))

Provided other services? Yes No (If no, explain (use separate paper for additional space))

Name of Staff Person Receiving Complaint/Apparent Violation

Last Name	First Name	Office Address (No., St., City, State, Zip)
-----------	------------	---

Staff Signature: X	Date Received:	Phone #	Email
-----------------------	----------------	---------	-------