|  |
| --- |
|  **FORMULARIO PARA QUEJAS O INFRACCIÓNES 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 Infracciónes Aparentes)****X** | **Fecha:** |
| **\*\*Staff Use Only\*\* (Para Uso del Personal Solamente)** |
| **What program was involved in the alleged incident?** (check all that apply) |
| [ ]  **Employment Service (Wagner-Peyser)**[ ]  Against ESD [ ]  Against Employer [ ]  Alleged Violation of Wagner-Peyser Regulations [ ]  Migrant or Seasonal Farm Worker (MSFW)[ ]  **Employment-Related Law Complaint**[ ]  Alleged Violation of Employment-Related Law(s)[ ]  Other:  | **[ ]  Workforce Innovation and Opportunity Act (DW, Adult, Youth) Program****[ ]  Trade Adjustment Assistance (TAA) Program** **[ ]  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**  |
|       |       |