

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

**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
-----------------------	----------------	---------	-------