STATE OF WISCONSIN
DEPARTMENT OF WORKFORCE DEVELOPMENT
Division of Workforce Solutions

QUEJA ADMINISTRATIVA

(Administrative Complaint)

Si usted cree que la agencia de mantenimiento local ha retrasado o no ha tomado una acción mandataria en su caso como se requiere por regulación federal o ley estatal, complete este formulario.

Una vez que presente este formulario, la agencia de mantenimiento debe revisar los hechos de su caso y notificarle la determinación de si ha ocurrido o no ha ocurrido un error o por qué no se ha tomado la acción requerida.

La información provista en este formulario, (incluyendo adjuntos) puede ser compartida con otros sólo para propósitos de administración del programa de mantenimiento infantil y otros programas relacionados [Wis. statutes, s. 49.83].

Nombre	Fecha
Dirección	
Ciudad/Estado/Código Postal	
Número Teléfono Casa /Celular ( )	Número Teléfono Trabajo ( )
IV-D Número Caso o Número Caso Corte	
Número Seguro Social (SSN) o Número Identificación Personal (PIN) KIDS **Para procesar su queja necesitamos su SSN o Número PIN KIDS. Si no proporciona esta información, se retrasará el proceso de su petición.**	
Nombre del otro padre/madre	

Yo pido una revisión de mi caso. Yo creo que ha ocurrido un error o que no se siguió la acción que debería haberse seguido en mi caso.

(Describa la acción que usted cree debió haberse seguido pero que no se siguió y cuándo cree usted que debió haber ocurrido esta acción. Describa también toda la información que le dio el encargado de su caso. Incluya copias de las evidencias que respaldan su petición).

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma _____ Fecha _____

DWD es un empleador y proveedor de servicios que garantiza la igualdad de oportunidades. Si usted tiene alguna incapacidad y necesita tener acceso a esta información en un formato alternativo o necesita la traducción de esta información a otro idioma, por favor llame al (608) 266-9909 ó al (800) 833-7813 TTY (llamada gratuita).