

Retaliation Complaint Queja por Represalias

Section 111.322(2m), Wisconsin Statutes

Personal information you provide may be used for secondary purposes (s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes).

Authorization for this form is provided under Section 111.39(1), Wisconsin Statutes.

Completion of this form is voluntary. However, if you wish to file a complaint of retaliation with the Equal Rights Division (ERD), you must submit a written document containing the information sought by this form.

La información personal que usted provea puede ser usada para propósitos secundarios (La ley de Wisconsin s. 15.04(1)(m).

Autorización para este formulario está provista en la Sección 111. de los Estatutos de Wisconsin.

Para retirar su queja de discriminación ante la División de Derechos Iguales (ERD por sus siglas en inglés) usted debe presentar un documento por escrito. Si desea, puede completar este formulario. Si prefiere, puede escribir una carta que contenga toda la información que solicita este formulario.

READ Instructions on page 5 first, then follow the instructions provided throughout the complaint form. TYPE OR PRINT IN BLACK INK.

LEA primero las instrucciones en la página 5 y luego siga las instrucciones proporcionadas en el formulario de queja. ESCRIBA O IMPRIMA CON TINTA NEGRA.

You must sign this complaint **on page 4** and fill out the Process Information Sheet on **page 7** before submitting your complaint to the Equal Rights Division.

Debe firmar esta queja **en la página 4** y rellenar la Hoja de Información de Proceso en **la página 7** antes de presentar su queja ante la División de Igualdad de Derechos.

1. Complainant Information

Información sobre el Demandante

First Name Primer Nombre	Middle Initial Inicial del Segundo Nombre	
Last Name Apellido/s		
Street Address Dirección		
City Ciudad	State Estado	Zip Code Código Postal
Telephone Number Número de Teléfono		
Email Address Correo Electrónico		

2. Respondent Information

Información sobre el Demandado

This is the company , agency, or union you believe discriminated against you. Name only ONE Respondent per form. Do not name an individual person as Respondent. Esta es la empresa , agencia o sindicato que crees que te discriminó. Nombra solo UN demandado por formulario. No nombre a una persona individual como Demandado.		
Name Nombre		
Street Address Dirección		
City Ciudad	State Estado	Zip Code Código Postal
Telephone Number Número de Teléfono - con código y extensión Ext.		
In what Wisconsin county did the violation take place? ¿En qué condado de Wisconsin tomo lugar la infracción?		

3. Did you file one of the below listed complaints with this division, testify or assist with one of the below listed complaints that has been filed with this division, or, did your employer believe that you filed or would file one of the below listed complaints with this division?

¿Presentó alguna de las quejas que se enumeran a continuación ante esta división, testificó o colaboró en alguna de las quejas que se enumeran a continuación cual fue presentada ante esta división, o su empleador creía que usted presentó, o que presentaría, una de las quejas que se enumeran a continuación ante esta división?

If so, check the box of the type of complaint that applies.

Si es así, marque la casilla que corresponde al tipo de queja que aplica.

If not, do not complete this form. You may contact the division at (608) 266-6860 or (414) 227-4380 if you have questions or need assistance filing a complaint.

Si no es así, no complete este formulario. Puede comunicarse con la división al (608) 266-6860 o (414) 227-4380 si tiene preguntas o necesita ayuda para presentar una queja.

Laws protected by Section 111.322(2m):

Leyes protegidas bajo la Sección 111.322(2m):

- | | |
|---|--|
| ☐ Unpaid Wage Law
Ley de Pago y Cobro de Sueldos | ☐ Family & Medical Leave Law
Ley de ausencia familiar y medica |
| ☐ Illegal Wage Deduction Law
Ley de deducción ilegal de sueldos | ☐ Health Care Worker Protection Law
Ley de protección para los trabajadores de salud |
| ☐ Minimum Wage Law
Ley del salario mínimo | ☐ Employee Right to Know Law
Ley del derecho a saber sobre químicos tóxicos |
| ☐ Overtime Law
Ley de pago por horas extras | ☐ Social Media Law
Ley de la privacidad de redes sociales |
| ☐ Open Personnel Records Law
Ley de acceso a expedientes del empleado | ☐ Business Closing Notification Law
Ley de notificación de cierre |
| ☐ Employment of Minors Law
Ley de empleo de menores | ☐ Traveling Sales Crew Law
Ley de personal de ventas viajante |
| ☐ Public or Tribal Employees Reporting Fraudulent Activities Law
Ley sobre empleados públicos o tribales que denuncian actividades fraudulentas | ☐ Bone Marrow and Organ Donation Leave Law
Ley de ausencia por donación de Médula Ósea y Órganos |
| ☐ Cessation of Healthcare Benefits Notification Law
Ley de notificación sobre cesión de beneficios de cobertura Médica | |

4. If you filed a complaint, when did you file it?

Si presentó una queja, ¿cuándo la presentó?

5. If there was a case number assigned, what is the case number?

Si hubo un numero de caso asignado, ¿cuál es ese número?

6. Did you testify or assist with that case or in another Equal Rights Division case?

¿Testificó o colaboró en ese caso o algún otro caso frente la División de Igualdad de Derechos?

☐ Yes / Sí ☐ No / No

a. If Yes, what were the names of the parties involved?

En caso afirmativo, ¿cuáles eran los nombres de las partes (demandado y demandante) involucradas?

b. When did this occur?

¿Cuándo ocurrió?

c. If Yes, how did you assist or what did your testimony concern?
En caso afirmativo, ¿cómo colaboró o de que se trató su testimonio?

7. If your employer believed that you would file, or had filed, a complaint, explain why.
Si su empleador pensó que usted presentaría, o había presentado una queja, explique por qué.

8. Describe the employment action(s) your employer took because of what you did, or because of what they thought you did or you would do. (For example, "discharged me," "disciplined me," "demoted me," "reduced my hours," etc.). If your employer took more than three employment actions, please describe on a separate sheet of paper and attach to this form.

Describe la(s) acción(es) laboral(es) que tu empleador tomó por lo que usted hizo, o por lo que pensaban que hiciste o harías. (Por ejemplo, "me despidió", "me disciplino", "me quitaron mi puesto", "me redujo las horas", etc.). Si tu empleador ha tomado más de tres acciones laborales, por favor describe las en una hoja aparte y adjúntala a este formulario.

a. First employment action:
Primera acción laboral:

Date Taken:
Fecha en que ocurrió:

b. Second Employment Action:
Segunda acción laboral:

Date Taken:
Fecha en que ocurrió:

c. Third Employment Action:
Tercera acción laboral:

Date Taken:
Fecha en que ocurrió:

9. If applicable, please provide the date your employment was terminated.
Si corresponde, por favor indica la fecha en cuando fue despedido(a).

10. Certification and Signature**Certificación y firma**

By my signature below, I certify that I have read the above complaint, and, under penalties of law, I declare that this complaint is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Con mi firma a continuación, certifico que he leído la denuncia anterior y, bajo pena de la ley, declaro que esta queja es cierta y correcta según mi mejor conocimiento y creencia. Entiendo que esta queja es un expediente abierto y puede ser proporcionada al empleador u otros según las disposiciones de la Ley de Registros Abiertos de Wisconsin.

Signature of complainant or authorized representative
Firma del demandante o representante autorizado

Date Signed
Fecha de la firma

Instructions for Completing Your Statement of Discrimination:

1. This form is intended for retaliation claims alleged under § 111.322(2m) of the Wisconsin Fair Employment Law. Retaliatory actions prohibited by § 111.322(2m) include: discharging or otherwise discriminating against an employee because the employee filed a complaint, formally attempted to enforce a right, or testified or assisted in any action under the following laws - or because the employee's employer believed that the employee did or would file a complaint, formally attempt to enforce a right or testify or assist in an action under the following laws:
 - a) Wage Claim Law (Wis. Stat. § 109.03)
 - b) Overtime Law (Wis. Stat. § 103.02)
 - c) Illegal Wage Deduction Law (Wis. Stat. § 103.455)
 - d) Minimum Wage Law (Wis. Stat. § 104.12)
 - e) Employment of Minors Laws (Wis. Stat. §§ 103.28, 103.32, & 103.63-103.82)
 - f) Wisconsin Family and Medical Leave Law (Wis. Stat. § 103.10)
 - g) Open Personnel Records Law (Wis. Stat. § 103.13)
 - h) Health Care Worker Protection Law (Wis. Stat. § 146.997)
 - i) Employee Right to Know Law (Wis. Stat. §§ 101.58 – 101.599)
 - j) Public or Tribal Employees Reporting Fraudulent Activities Laws (Wis. Stat. §§ 49.197(6)(d) & 49.485(4)(d))
 - k) Wisconsin Bone Marrow and Organ Donation Leave Law (Wis. Stat. § 103.11)
 - l) Social Media Law, as it pertains to Employers and Educational Institutions (Wis. Stat. §§ 995.55(1) & (2))
 - m) Mergers, Liquidations, Dispositions, Relocations or Cessation of Operations Affecting Employees Law – Advanced Notice Required Law (Wis. Stat. § 109.70)
 - n) Cessation of Health Care Benefits Affecting Employees, Retirees and Dependents Law (Wis. Stat. § 109.75)
 - o) Regulation of Traveling Sales Crew Law

If you are alleging employment discrimination based on membership in a protected class (race, color, sex, age, disability, etc.), or retaliation because of your opposition to a discriminatory practice, you must complete form ERD-4206 (Discrimination Complaint, Wisconsin Fair Employment Law).

2. In filling out section #8, write short, clear statements explaining how the Respondent (employer, agency, or union) discriminated against you.
 - a) If you need more space, please continue your statement on a separate piece of 8 ½ x 11 paper.
 - b) Do not use whiteout to make corrections. Draw a line through errors and initial each change.
 - c) You will have a chance to give the investigator more information during the investigation of your complaint. Do not send supporting documents with your complaint.

If you have questions or if you need help completing this form, please call the Equal Rights Division at (414) 227-4380 (Milwaukee) or (608) 266-6860 (Madison) and ask to speak to a Civil Rights Investigator.

Instrucciones para completar tu declaración de discriminación:

1. Este formulario se diseñó para reclamaciones de represalias alegadas bajo el artículo § 111.322(2m) de la Ley de Empleo Justo de Wisconsin. Las acciones de represalias prohibidas por el artículo § 111.322(2m) incluyen: despedir o discriminar de otra forma a un empleado porque este presentó una queja, intentó formalmente hacer valer un derecho, o testificó o colaboró en cualquier acción bajo las siguientes leyes —o porque el empleador del empleado creía que el empleado presentó o presentaría una queja, intento o intentaría formalmente hacer valer un derecho, testifico o testificaría o colaboro o colaboraría en una acción bajo las siguientes leyes:
 - a) Ley de Pago y Cobro de Sueldos (Wis. Stat. § 109.03)
 - b) Ley de Pago por Horas Extra (Wis. Stat. § 103.02)
 - c) Ley de deducción ilegal de sueldos (Wis. Stat. § 103.455)
 - d) Ley del salario mínimo (Wis. Stat. § 104.12)
 - e) Ley de Empleo de Menores (Wis. Stat. §§ 103.28, 103.32, &103.63-103.82)
 - f) Ley de Ausencia Familiar y Medica (Wis. Stat. § 103.10)
 - g) Ley de Acceso a Expedientes del Empleado (Wis. Stat. § 103.13)
 - h) Ley de Protección para los Trabajadores de Salud (Wis. Stat. § 146.997)
 - i) Ley del derecho a saber sobre químicos tóxicos (Wis. Stat. §§ 101.58 – 101.599)
 - j) Ley sobre empleados públicos o tribales que denuncian actividades fraudulentas (Wis. Stat. §§ 49.197(6)(d) y 49.485(4)(d))
 - k) Ley de Ausencia por Donación de Médula Ósea y Órganos (Wis. Stat. § 103.11)
 - l) Ley de la privacidad de Redes Sociales, en lo que respecta a empleadores e instituciones educativas (Wis. Stat. §§ 995.55(1) y (2))
 - m) Ley de fusiones, liquidaciones, cesiones, traslados o ceses de operaciones que afectan a la ley de empleados – Ley de preaviso requerido (Wis. Stat. § 109.70)
 - n) Ley de Notificación Sobre la Suspensión de Beneficios de Cobertura Médica que Afectan a Empleados, Jubilados y Dependientes (Wis. Stat. § 109.75)
 - o) Ley de Regulación de Vendedores Itinerantes (Wis. Stat. § 103.34)Si alega discriminación laboral por pertenencia a una clase protegida (raza, color, sexo, edad, discapacidad, etc.), o represalias por oponerte a una práctica discriminatoria, debe completar el formulario ERD-4206 (Queja por Discriminación, Ley de Empleo Justo de Wisconsin).
2. Al rellenar la sección #8, escribe declaraciones breves y claras explicando cómo el demandado (empleador, agencia o sindicato) te discriminó.
 - a) Si necesita más espacio, por favor continúe su declaración en una hoja separada de 8 ½ x 11.
 - b) No uses corrector líquido para hacer correcciones. Tacha los errores y escribe tus iniciales al lado de cada cambio.
 - c) Tendrá la oportunidad de proporcionar al investigador más información durante la investigación de su queja. No envíe documentos de respaldo junto con tu queja.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, por favor llame a la División de Igualdad de Derechos al (414) 227-4380 (Milwaukee) o al (608) 266-6860 (Madison) y solicite hablar con un Investigador de Derechos Civiles.

Equal Rights Complaint Process Information Sheet

Información para el Proceso de una Queja de Derechos Iguales

Please answer the following questions and return this sheet with your completed complaint. This information is necessary to effectively process your complaint.

Por favor conteste estas preguntas y regrese este cuestionario con su queja. Esta información es necesaria para poder procesar su querrela de una manera más efectiva

Complainant First Name Primer nombre del demandante	Complainant Middle Initial Segundo nombre(s) del demandante	Complainant Last Name Apellido(s) del demandante
Current Date Fecha de hoy	Complainant Date of Birth (requested for identification purposes) mm/dd/yyyy Fecha de nacimiento (Mes/día/año)	

Contact Information (Important! The Complainant must notify the Equal Rights Division, if there is a change of address or telephone number. If we are unable to locate the Complainant, the complaint may be dismissed).

Información de contacto (Es importante que el demandante notifique a la División de Derechos Iguales si usted cambia de dirección o teléfono. Si nosotros no podemos comunicarnos con usted, la demanda puede ser rechazada).

Is there a telephone number where the Complainant can be reached between 7:45 a.m. & 4:30 p.m.? ¿Tiene usted un número telefónico donde nosotros podemos comunicarnos con usted entre las 7:45 a.m. y 4:30 p.m.? ☐ Yes Sí ☐ No No	If Yes, provide the area code and telephone number Si Sí, por favor provea un número
---	---

Please provide the name, address, and telephone number of someone who does not reside with the Complainant but who will know where to reach the Complainant.

Por favor provea el nombre, dirección y teléfono de otra persona que no vive con usted pero que nosotros podamos contactar si no podemos comunicarnos con usted.

Contact Person Name Nombre del contacto		Relationship to the Complainant Relación con el demandante		
Street Address Dirección	City Ciudad	State Estado	Zip Code Código Postal	Telephone Number Teléfono

Employer Information

Información del patrón o empleador

Approximate number of employees at all of the employer's work locations Aproximadamente el número de empleados en todos los lugares de trabajo ☐ Less than 15 ☐ 50-100 ☐ 101-200 ☐ 201-500 ☐ More than 500 Menos de 15 Más de 500		Type of Business Tipo de empresa
Does another company own the employer? ¿Otra compañía es dueña del empleador? ☐ Yes Sí ☐ No No	If Yes, please provide the name of that company Si Sí, por favor provea el nombre de la compañía	

Filing With other Agencies

Quejas Ante Otras Agencias

Have you filed a complaint in this matter with any other agency? ¿Ha presentado usted esta queja con otra agencia? ☐ Yes Sí ☐ No No	If Yes, name of agency Nombre de la otra agencia	Date filed with the other agency Fecha de presentación ante la otra agencia.
---	--	--

Settlement Information
Información de Acuerdo

At this time, what is the Complainant seeking to settle the complaint?
¿En este momento que busca el Demandante para resolver la queja?

Complete this section if the Complainant was or still is employed by the employer
Por favor complete esta sección si usted continúa siendo empleado por su empleador/patrón

When was the Complainant hired? ¿Cuándo fue usted empleado?	What was/is the job title? ¿Cuál es el título de su trabajo?	Is the Complainant still employed by the Respondent? ¿Todavía es usted empleado de su empleador o patrón? ☐ Yes Sí ☐ No No
--	---	--

Complete this section if the Complainant is no longer employed by the employer
Por favor complete esta sección si usted no esta empleado por su empleador o patrón

How did the Complainant's employment end? ¿Cómo terminó su empleo? ☐ Discharged Despedido ☐ Quit Renuncia ☐ Laid off Eliminado ☐ Retired Retirado ☐ Other Otro	Date Employment Ended Fecha de terminación	Pay Rate at End Salario	Hours per Week Horas por semana
If the Complainant was not promoted, what was the title of the position applied for? ¿Si usted no fue promovido, cuál era el título de la posición que usted solicitó?	Rate of Pay Salario	Hours per Week Horas por semana	

Statistical Information
Información de estadística

Complainant Sex Sexo del demandante ☐ Male Masculino ☐ Female Femenino
Complainant Race (check appropriate box or boxes): Raza del demandante ☐ American Indian or Alaska Native Indio-Americano o Nativo de Alaska ☐ Native Hawaiian or Pacific Islander Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico ☐ Black or African American Negro o Afro-Americano ☐ Asian Asiático ☐ White Caucásico o Blanco ☐ Other Otro
Mail your completed and signed complaint form to one of the following addresses: Envíe su formulario de queja completo y firmado a una de las siguientes direcciones: Equal Rights Division 201 E Washington Ave., Room A400 PO Box 8928 Madison WI 53708 Telephone: (608) 266-6860 Teléfono Fax: (608) 267-4592 Fax Equal Rights Division 819 N 6th St. Room 723 Milwaukee WI 53203 Telephone: (414) 227-4384 Teléfono Fax: (414) 227-4084 Fax