

Queja del artículo 188 de la WIOA

INSTRUCCIONES: El uso de este formulario es voluntario para personas y entidades que quieran presentar una queja por discriminación de conformidad con 29 CFR § 38.9(a). Nótese, según el 29 CFR § 38.69(c). Este formulario debe completarse y enviarse dentro de ciento ochenta días (180) desde la fecha del supuesto acto discriminatorio. La información personal que proporcione podrá ser usada para fines secundarios (Ley de privacidad, Estatuto de Wisconsin, artículo 15.04(1)(m)).

Información del denunciante	
Nombre del denunciante	
Dirección del denunciante (calle, casilla de correos)	
Ciudad, estado, código Zip	
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono

Información del denunciado (la persona que el individuo o entidad que el denunciante dice es responsable de la violación o discriminación que se alega)	
Nombre de la persona/entidad/agencia	
Dirección del denunciado (calle, casilla de correos)	
Ciudad, estado, código Zip	
Teléfono	Persona de contacto (si se conoce)

3. Marque todos los motivos de discriminación que correspondan y especifique la característica

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Raza _____ | <input type="checkbox"/> Ciudadanía _____ |
| <input type="checkbox"/> Color _____ | <input type="checkbox"/> Discapacidad _____ |
| <input type="checkbox"/> Sexo _____ | <input type="checkbox"/> Edad _____ |
| <input type="checkbox"/> Embarazo _____ | <input type="checkbox"/> Afiliación o creencia política _____ |
| <input type="checkbox"/> Parto y condiciones médicas relacionadas
_____ | <input type="checkbox"/> Religión _____ |
| <input type="checkbox"/> Estereotipo por sexo _____ | <input type="checkbox"/> Represalia/Retaliación _____ |
| <input type="checkbox"/> Estado de transgénero _____ | <input type="checkbox"/> Origen nacional _____ |
| <input type="checkbox"/> Identidad de género _____ | <input type="checkbox"/> Dominio limitado del inglés _____ |
| <input type="checkbox"/> Acoso sexual _____ | <input type="checkbox"/> Estado de beneficiario de WIOA _____ |
| | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

4. Describa brevemente, tan claramente como pueda, el motivo de su queja. Adjunte hojas adicionales si es necesario. También, adjuntos materiales de escritos correspondientes a su queja.

a. Por favor explique cómo fue discriminado:

b. ¿Quién estuvo involucrado? Incluya testigos y representantes del demandado que estuvieran involucrados o que tengan información de primera mano de las acciones. Incluya direcciones de correo electrónico y número de teléfono, si se conocen.

c. Indique la ubicación y fecha(s) en que ocurrió cada acción

5. La primera fecha en que ocurrió la supuesta acción discriminatoria: _____

6. La fecha más reciente en que ocurrió la supuesta acción discriminatoria: _____

7. ¿Tiene un abogado u otro representante para esta queja? Sí No

Si contestó que sí, proporcione la información de contacto:

Nombre del abogado o representante/firma Nombre	
Correo electrónico	Teléfono
Dirección (calle, casilla de correos)	
Ciudad, estado, código Zip	

8. Si ha presentado un caso o queja sobre estas acusaciones a cualquier otra agencia del gobierno o entidad no federal, por favor complete la sección a continuación:

Entiendo que esta queja puede divulgarse según la Ley de registros públicos de Wisconsin.

Firma del reclamante	Fecha de firma
----------------------	----------------

Atención: Se acepta su firma electrónica o la de su abogado.

Envíe el formulario completado a: DETEOContact@dwd.wisconsin.gov o a Department of Workforce Development, Division of Employment & Training-EO, PO Box 7972, Madison WI 53707.

Solo para uso de la oficina:

Fecha recibida	Número de caso
----------------	----------------