

Discrimination Complaint Wisconsin Fair Employment Law

Discrimination Complaint Ley de Empleo Justo de Wisconsin

Wis. Stats. §§ 111.31-111.395

To be filled in by ERD
A ser completado por
ERD

ER Case #:
CR

For ERD Use Only
Solamente para el
uso de ERD

Please type or print in black ink and sign this form.

Por favor imprima o use letras de molde en tinta negra y firme este cuestionario / formulario.

Authorization for this form is provided under Section 111.375, Wisconsin Statutes.

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

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

Autorización para este formulario es provista en la Sección 111.375, de los Estatutos de Wisconsin.

La cumplimentación de este formulario es voluntaria. Sin embargo, si desea presentar una queja por discriminación en el empleo ante la División de Igualdad de Derechos (ERD), debe presentar un documento escrito que contenga la información solicitada en este formulario.

La información personal que usted provea podrá usarse para propósitos secundarios.

1. Complainant Information

Información sobre el Demandante

First Name Primer Nombre	Middle Initial Inicial del Segundo Nombre	
Last Name Apellido(s)		
Street Address/PO Box 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

The Respondent 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. (El demandado es la compañía , agencia, o sindicato (unión) que usted cree que le ha discriminado). Si hay más de un demandado someta formularios separados para cada uno de ellos. La(s) queja(s) no se puede(n) llenar en contra de individuos .		
Name Nombre del Demandado		
Street Address/PO Box Dirección del Demandado		
City Ciudad	State Estado	Zip Code Código Postal
Telephone Number Teléfono - con código y extensión Ext.	Email Address Correo electrónico	
In what Wisconsin county did the violation take place? ¿En qué condado tuvo lugar la violación?		

3. CHECK ONLY THE BOXES THAT WERE THE REASON FOR DISCRIMINATION

Marque solamente las casillas que muestran la razón de la discriminación

If you checked a box with an *, the statement in that box **must** be completed.

Si usted marcó una casilla con un *, usted debe completar toda la información que se le pide en esa casilla.

I believe the Respondent(s) discriminated or took action against me **because**

Yo creo que el Demandado discriminó o tomó acciones en contra mía **debido**

of my race * de mi raza * which is a cual es	of my age (40 or older) * de mi edad (40 años o más) * my date of birth is mi fecha de nacimiento es	of my marital status * de mi estado civil which is que es
of my color * de mi color which is que es	of my conviction record de mis antecedentes o historial penal	of my military service De mi historial military con la guardia nacional o la reserva
of my national origin/ancestry * De mi origen nacional o antepasados which is que es o son	of my arrest record de mi antecedente o historial penal de arrestos	of my use or nonuse of lawful products de mi uso de productos legales fuera del empleo
of my sex * de mi sexo which is que es	of my sexual orientation de mi orientación sexual which is que es	of genetic testing de exámenes o pruebas genéticas
of my pregnancy or maternity de mi embarazo o maternidad	my creed (religion) * de mi religion which is a cual es	of polygraph testing de pruebas de polígrafo
disability * de mi incapacidad which is: que es	I declined to attend a meeting or participate in a communication about religious matters or political matters Me negué a asistir a una reunión o participar en cualquier comunicación sobre asuntos religiosos o políticos	I filed a previous discrimination complaint with Equal Rights or testified or assisted with a discrimination complaint. Sometí una queja ante la división de derechos iguales. Case Number: Caso: CR
I opposed discrimination in the workplace (refer to instruction 2(c) on page 2 of this form) Me opuse a un acto discriminatorio en mi trabajo.		
The Respondent printed or circulated, advertised or published a discriminatory statement. El Demandado imprimió o circuló, anunció o publicó una declaración discriminatoria.		The Respondent used a discriminatory application or made a discriminatory inquiry about prospective employment. El Demandado uso una aplicación de empleo discriminatoria o hizo una pregunta discriminatoria sobre empleo futuro.

4. Dates of discrimination (Required; estimate if unsure)

Fechas de la discriminación. (Requeridas; estimar si no esta seguro/a)

Date the discrimination began (mm/dd/yyyy) La fecha de la primera violación	Date of the most recent discrimination (mm/dd/yyyy) La fecha de la última violación.
My employment was terminated on Fecha del despido	(if applicable) (si corresponde).

5. Statement of discrimination

Declaración de discriminación

Write a brief, concise statement explaining how you were discriminated against. Give the date each action occurred and the name of the person who took the action. Explain how each action was related to the box(es) you checked in section #3 on page two.

Por favor describa los sucesos que le llevaron a presentar esta queja. Incluya la fecha en que tuvo lugar cada suceso y el nombre de la persona que tomó la acción. Explique de qué modo cada acción está relacionada a la casilla o casillas que usted marcó en la segunda página. Si necesita más espacio, continúe en otra página.

6. 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 queja anterior y, bajo pena de la ley, declaro que esta queja es cierta y correcta según mi mejor conocimiento y creencia.

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

Date signed
Fecha de firma

Please complete Equal Rights Process Information Sheet on Page 4.

Por favor, complete la Hoja de Información para el Proceso de una Queja de Derechos Iguales en la página 4.

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.?	If Yes, provide the area code and telephone number Si Sí, por favor provea un número
Yes / Sí No / No	

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					Type of Business Tipo de empresa
Less than 15 Menos de 15	50-100	101-200	201-500	More than 500 Más de 500	
Does another company own the employer? ¿Otra compañía es dueña del empleador?		If Yes, please provide the name of that company Si Sí, por favor provea el nombre de la compañía			
Yes / Sí No / No					

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?	If Yes, name of agency Nombre de la otra agencia	Date filed with the other agency Fecha de presentación ante la otra agencia.
Yes / Sí No / No		

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 Retired Retirado Quit Renuncia Other Otro Laid off Eliminado	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 Asian Asiático Native Hawaiian or Pacific Islander Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico White Caucásico o Blanco Black or African American Negro o Afro-Americano 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		