FORMA PARA QUEJAS

Información Del Reclamante		Información De La Persona/Organización Demandada	
Apellido	**Nombre**	**Nombre y Apellido De La Persona Demandada**	
Dirección (número, calle, ciudad, estado, código postal)		**Nombre de la Organización, Negocio, Empresa o Empleador**	
Email (correo electrónico)		**Dirección (número, calle, ciudad, estado, código postal)**	
# De Teléfono	**# De Teléfono Alternativo**	**Teléfono**	**Email (correo electrónico)**

Declaración (Explique qué pasó. Incluya nombres, direcciones, números de teléfono, lugares, testigos, etc.)

Fecha Del Incidente

Solución/Resultado Deseado

(Por favor explique cualquier solución(es) que está buscando en respuesta a la queja)

Certificación: DECLARO que la información que estoy dando es verdadera y correcta de acuerdo con mi conocimiento. AUTORIZO la divulgación de esta información a otras agencias para la investigación apropiada y el cumplimiento de mi queja. ENTIENDO que mi identidad se mantendrá confidencial tanto como sea posible, en consistencia con las leyes que se aplican y con una determinación justa de mi queja.

Podemos compartir esta queja/ información con el individuo que esta queja ha sido presentada en contra? Sí ☐ No ☐

Firma Del Reclamante: X | **Fecha:**

****Staff Use Only****

What program was involved in the alleged incident? (check all that apply)

☐ **Employment Service (Wagner Peyser)**
- ☐ Against ESD
- ☐ Against Employer, Job Order WA#_____
- ☐ Alleged Violation of Wagner Peyser Regulations
- ☐ Alleged Violation of Employment Law(s)

☐ **Non Employment Service Complaint Against Employer**
- ☐ Alleged Violation of Employment Law(s)
- ☐ Other: _____

☐ **Workforce Investment Act (DW, Adult, Youth) Program**

☐ **Trade Adjustment Assistance (TAA) Program**

☐ **Other Program/Provider:** _____

Referrals (if applicable):

Agency / Organization Receiving Referral

Dept. of Labor & Industries ☐ Dept. of Health ☐ Human Rights Commission ☐ Other: _____

Agency Contact	Phone #	Email

Name of Staff Person Receiving Complaint

Last Name	First Name	Office Address (No., St., City, State, Zip)	
Staff Signature: X	**Date Received:**	**Phone #**	**Email**