|  |
| --- |
|  **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**  |
|       |       |