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