

Discrimination Complaint Wisconsin Fair Employment Law

Sections 111.31-111.395, Wis. Stats

ERD Case #
CR

For office use only
Para uso oficial
solamente

Authorization for this form is provided under Section 111.375 Wisconsin Statutes. Completion of this form is voluntary. However, if you wish to file an employment discrimination complaint with the Equal Rights Division (ERD), you must submit a written document containing the information sought in this form.

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.

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

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

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.

1. Complainant Information Información sobre el Demandante

First Name Primer Nombre
Middle Initial Segundo Nombre
Last Name Apellido(s)
Street Address/PO Box Dirección
City Ciudad
State Estado
Zip Code Código Postal
Telephone Number (with area code) Número de Teléfono de la casa (con código)
E-Mail Address Dirección de correo electrónico
Work Telephone Number (with area code) Número de Teléfono del Trabajo (con código)
May we call the Complainant at work? ¿Podemos llamarlo al trabajo? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No

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 las personas.
Respondent Name Nombre del Demandado
Street Address/PO Box Dirección del Demandado
City Ciudad
State Estado
Zip Code Código Postal
Telephone Number Número de Teléfono (con código) Ext.
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**

<input type="checkbox"/> of my race * de mi raza which is a cual es _____	<input type="checkbox"/> of my conviction record de mis antecedentes o historial penal	<input type="checkbox"/> of honesty testing de exámenes de honestidad.
<input type="checkbox"/> of my creed (religion) * de mi religion which is a cual es _____	<input type="checkbox"/> of my age (40 or older) * de mi edad (40 años o más) which is que es _____ my date of birth is mi fecha de nacimiento es _____	<input type="checkbox"/> of my military service De mi historial military con la guardia nacional o la reserva
<input type="checkbox"/> of my sex * de mi sexo which is que es _____	<input type="checkbox"/> of my marital status * de mi estado civil which is que es _____	<input type="checkbox"/> of my use or nonuse of lawful products de mi uso de productos legales fuera del empleo
<input type="checkbox"/> of my pregnancy or maternity de mi embarazo o maternidad	<input type="checkbox"/> of my sexual orientation * de mi orientación sexual which is que es _____	<input type="checkbox"/> of genetic testing de exámenes o pruebas genéticas
<input type="checkbox"/> of my national origin/ancestry * De mi origen nacional o antepasados which is / are que es o son _____	<input type="checkbox"/> of my color * De mi color which is que es _____	<input type="checkbox"/> of my arrest record de mi antecedente o historial penal de arrestos
<input type="checkbox"/> of my disability * de mi incapacidad which is que es _____	<input type="checkbox"/> I filed a previous discrimination complaint with Equal Rights Sometí una queja ante la división de derechos iguales.	<input type="checkbox"/> I opposed discrimination in the workplace Me opuse a un acto discriminatorio en mi trabajo.
<input type="checkbox"/> I declined to attend a meeting or to 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		
<input type="checkbox"/> I previously filed a family/medical leave complaint with the Equal Rights Division Sometí una queja ante la división de derechos iguales por violaciones a la ley de ausencia familiar y médica.	<input type="checkbox"/> I testified or assisted with a complaint filed with the Equal Rights Division Testifiqué o asistí con una queja sometida a la división de derechos iguales	
<input type="checkbox"/> I previously filed a wage and hour complaint with the Equal Rights Division Sometí una queja por violaciones a las leyes laborales con la división de derechos iguales	<input type="checkbox"/> The employer believed I was going to file a wage and hour complaint with the Equal Rights Division El patrón o empleador pensó que iba a someter una queja alegando violaciones a las leyes laborales.	
4. Date the discrimination began. La fecha de la primera violación.	Date of the most recent discrimination. La fecha de la última violación.	Date of termination. La fecha del despido.

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(s) was related to the box(es) you checked in section #3 on page one.

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 primera página. Si necesita más espacio, continúe en otra página.

6. Certification and Signature

Certificación y Firma

I hereby certify that the information I have provided on this form is true to the best of my knowledge.

Por la presente certifico que la información que he proporcionado es verdadera a lo mejor de mi conocimiento y recolección.

This complaint is an open record and may be provided to the employer or others under the provisions of Wisconsin's Open Records Law.

Esta queja es documento público y se puede proporcionar al empresario o a otras personas según esta provisto en la ley de Documentos Públicos de Wisconsin.

Signature of Complainant or authorized representative Firma del demandante o representante autorizado	Date signed Fecha de firma
--	---

EQUAL RIGHTS COMPLAINT PROCESS INFORMATION SHEET

Información para el Proceso de una Queja de Derechos Iguales

Please complete and return this sheet with your completed complaint. This information is necessary to process your complaint effectively.

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.? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No	If Yes, provide the area code and telephone number Si Sí, por favor provea un número
---	---

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 <input type="checkbox"/> Less than 15 <input type="checkbox"/> 15-100 <input type="checkbox"/> 101-200 <input type="checkbox"/> 201-500 <input type="checkbox"/> More than 500 Menos de 15 Más de 500	Type of Business
Does another company own the employer? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Not Sure / No sé	If Yes, please provide the name of that company Si Sí, por favor provea el nombre de la compañía

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? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No	If Yes, name of agency Nombre de otra agencia	Date filed with the other agency Fecha de presentación ante la otra agencia.
---	--	---

Settlement Information / Información de Acuerdo

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 está usted empleado de su empleador / patrón?

Yes No

Complete this section if the Complainant is no longer employed by the employer.

Por favor complete esta sección si usted no está empleado por su empleador / patron.

How did the Complainant's employment end?

¿Cómo terminó su empleo?

Discharged / Despedido

Quit / Renuncia

Laid off / Eliminado

Retired / Retirado

Other / Otro

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

At this time, what is the Complainant seeking to settle the complaint?

¿En este momento está usted interesado en llegar a un acuerdo con su patron / empleador para resolver su demanda?

Statistical Information / Información de estadística

Complainant Sex:

Male / Masculino Female / Femenino

Complainant Race (check appropriate box or boxes):

Raza del demandante

American Indian or Alaska Native

Native Hawaiian or Pacific Islander

Black or African American

Indio-Americano o Nativo de Alaska

Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico

Negro o Afro-Americano

Asian

White

Unknown

Asiático

Caucásico o Blanco

Desconozco

National Origin

Origen Nacional

Mail your completed and signed complaint to:

Envíe por correo este cuestionario/formulario una vez debidamente completado y firmado a:

EQUAL RIGHTS DIVISION, 819 NORTH 6TH ST, ROOM 723, MILWAUKEE, WI 53203

Or fax to: 414-227-4084

o fax a: 414-227-4084

for violations in Milwaukee, Waukesha, Ozaukee, Washington, Kenosha, Racine, Sheboygan and Walworth Counties

para los condados de Milwaukee, Waukesha, Ozaukee, Washington, Kenosha, Racine, Sheboygan y Walworth.

EQUAL RIGHTS DIVISION, P O BOX 8928, MADISON, WI 53708

Or fax to: 608-267-4592

o fax a: 608-267-4592

for all other counties in Wisconsin

para los otros condados

Website: <https://dwd.wisconsin.gov/er>