

To be filled in by ERD
A ser completado por ERD

ER Case #:
CR

For ERD Use Only
Solamente para el uso de ERD

Family and Medical Leave Complaint Queja de Ausencia Familiar y Médica

Authorization for this form is provided under Section 103.10(12)(b), Wisconsin Statutes.

Completion of this form is voluntary. However, if you wish to file a family and medical leave complaint with the Equal Rights Division (ERD), you must submit a written document containing the information sought in this form.

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

La autorización para este formulario se proporciona bajo la sección de la ley de Wisconsin 106.50(6)(a).

Llenar este formulario es completamente voluntario. Sin embargo, si desea presentar una queja de licencia familiar y médica ante la División de Igualdad de Derechos (ERD), debe enviar un documento por escrito que contenga la información solicitada en este formulario.

La información personal que proporcione puede usarse para fines secundarios (La ley de Wisconsin s. 15.04(1)(m))

Provide all information requested. Type or print in black ink.
Provea toda la información solicitada. Imprima o use letras de molde con tinta negra.

1. Complainant Information Información sobre el Demandante

First Name Primer Nombre	Middle Initial Inicial del Segundo Nombre	
Last Name Apellido/s		
Street Address 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

Name of the business you believe violated the law. Name only one Respondent per form. Do not name an individual person. Nombre del negocio o empresa que usted cree que le discriminó. Si hay más de uno, identifique a cada uno por separado. No nombre a un individuo.			
Street Address Dirección			
City Ciudad	State Estado	Zip Code Código Postal	
Telephone Number Número de Teléfono - con código y extensión Ext.			
County where the violation took place Condado donde tuvo lugar la violación			

3. Employment Status / Situación de empleo

I began working for this employer on: (month, day, year) Comencé a trabajar para este empleador el: (mes/día/año)
I have worked more than 52 continuous weeks for this employer at one or more of its locations or departments. He trabajado más de 52 semanas continuas para este empleador en uno o más de sus establecimientos o departamentos. Yes / Sí No / No
I have worked at least 1,000 hours for this employer during the last 52 weeks. He trabajado por lo menos 1000 horas para este empleador durante las últimas 52 semanas. Yes / Sí No / No

A total of at least 50 people work for this employer at all of its locations.
 Un total de por lo menos 50 personas trabajan para este empleador en todos sus establecimientos.
 Yes / Sí No / No

4. Previous Family and Medical Leave Use / Uso previo de Ausencia Familiar y Médica

I have used Family or Medical Leave during the current calendar year.
 Yo he usado Ausencia Familiar o Médica desde el 1º de enero del presente año.
 Yes / Sí No / No

If Yes, how much leave did you take and for what reason?
 Si respondió "Sí", ¿cuánto tiempo de ausencia tomó y por qué razón?

My employer has a poster displayed explaining my rights under the Wisconsin Family and Medical Leave Act.
 Mi empleador exhibe un póster o afiche, el cuál explica mis derechos bajo la Ley de Ausencia Familiar y Médica de Wisconsin.
 Yes / Sí No / No

5. Present Leave Request / Solicitud Presente de Ausencia o Licencia

I have requested leave for the following reason (check appropriate answer):
 He solicitado ausencia o licencia por la siguiente razón:(marque las casillas de las respuestas que correspondan y complete lo requerido):

For the birth or adoption of my child (Family Leave) Para el nacimiento o adopción de mi hijo/a [Ausencia Familiar]	
To care for a seriously ill child, spouse, parent or parent-in-law (Family Leave) Para cuidar a un hijo/a, esposo/a, padre, madre o suegro/a seriamente enfermo/a [Ausencia Familiar]	
Name of individual with serious health condition Nombre de la persona que está seriamente enferma	Individual's relationship to you Indique su relación con esa persona
Describe the nature of their serious health condition Describa la naturaleza de la enfermedad o condición de salud seria de esa persona	
For my own serious health condition (Medical Leave) Debido a mi propia condición seria de salud.(Ausencia Médica)	
Describe the nature of your serious health condition Describa la naturaleza de su enfermedad o condición seria de salud	
I requested Family Leave for the birth or adoption of my child or to care for a seriously ill family member Yo solicité Ausencia Familiar por el nacimiento o adopción de mi hijo/a o para cuidar a un familiar seriamente enfermo	
Verbally In writing on (month/day/year): Verbalmente Por escrito el (mes/día/año)	
Name of individual from whom you requested family leave Indique el nombre de la persona a la cual usted le solicitó Ausencia Familiar	Individual's Title Indique el título de esa persona
I requested medical leave for my own serious health condition Yo solicité Ausencia Médica debido a mi propia condición seria de salud	
Verbally In writing on (month/day/year): Verbalmente Por escrito el (mes/día/año)	
Name of individual from whom you requested family leave Indique el nombre de la persona a la cual usted le solicitó Ausencia Familiar	Individual's Title Indique el título de esa persona

<p>I did not request Family or Medical Leave because I was unaware of my rights. Yo no solicité ni Ausencia Familiar ni Ausencia Médica porque yo no estaba al tanto de mis derechos.</p>
<p>Amount of leave requested ¿Cuánto tiempo de Ausencia solicitó usted?</p>
<p>I expected to be off work on the following dates. Yo anticipaba estar ausente del trabajo en las siguientes fechas.</p>

6. Denial of Leave / Negación de Ausencia o Licencia

<p>I received notice that my leave request was denied on (month, day, year) Yo recibí notificación de que mi solicitud de ausencia había sido negada el (mes/día/año)</p>	
<p>My employer denied my leave request because Mi empleador negó mi solicitud de ausencia/licencia porque</p>	
<p>My leave was not denied, but my rights may have been violated on (month, day, year) Mi ausencia/licencia no fue negada pero es posible que mis derechos hayan sido violados el (mes/día/año)</p>	
<p>I believe that my rights under the Family and Medical Leave Act have been violated in the following way Yo creo que mis derechos bajo la Ley de Ausencia Familiar y Médica han sido violados de la siguiente manera</p>	
<p>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.</p>	
<p>Complaint or Complainant Representative Signature Firma del Demandante o del representante del Demandante</p>	<p>Date Signed Fecha de la Firma</p>

**Mail your completed and signed complaint to
Una vez completada y firmada, envíe su queja por correo a**

**for violations in the following counties:
si las violaciones tuvieron lugar en uno de estos condados:
Milwaukee, Waukesha, Ozaukee, Washington, Kenosha and Racine**

**for all other counties in Wisconsin:
para violaciones en cualquier otro
Condado de Wisconsin:**

Equal Rights Division
819 N 6th St., Room 723
Milwaukee WI 53203

Equal Rights Division
PO BOX 8928
Madison WI 53708

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.? Yes / Sí 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					Type of Business Tipo de empresa
Less than 50 Menos de 50	50-100	101-200	201-500	More than 500 Más de 500	
Does another company own the employer? ¿Otra compañía es dueña del empleador? Yes / Sí No / No			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? Yes / Sí No / No	If Yes, name of agency Nombre de la otra agencia	Date filed with the other agency Fecha de presentación ante la otra agencia.
--	---	---

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 Quit Laid off Despedido Renuncia Eliminado Retired Other Retirado 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

Statistical Information
Información de estadística

Complainant Sex Sexo del demandante Male Female Masculino 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 Other Asiático Caucásico o Blanco 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	Equal Rights Division 819 N 6th St. Room 723 Milwaukee WI 53203 Telephone: (414) 227-4384 Teléfono	
Fax: (608) 267-4592 Fax	Fax: (414) 227-4084 Fax	