

Para ser completado
por ERD
To be filled in by ERD
ERD Case Number
CR

Queja de Ausencia Familiar y Médica Family and Medical Leave Complaint

Authorization for this form is provided under Section 106.50(6)(a), 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). Al 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.

Solamente para el uso
de ERD
For ERD Use Only

1. Información sobre el Demandante Complainant Information

2. Información sobre el Demandado Respondent Information

First Name Primer Nombre			Name of the business you believe discriminated against you. If more than one respondent, list each separately. Nombre del negocio o empresa que usted cree le discriminó. Si hay más de uno, identifique a cada uno por separado.		
Middle Name or Initial Segundo Nombre o Inicial					
Last Name Apellido(s)					
Street Address Dirección de la casa			Street Address Dirección		
City Ciudad	State Estado	Zip Code Código Postal	City Ciudad	State Estado	Zip Code Código Postal
Home Telephone Number Número de Teléfono de la casa () -			Telephone Number Número de Teléfono () - Ext. _____		
Work Telephone Number Número de Teléfono del Trabajo () - Ext. _____			County of Employment Condado donde trabaja el demandante		

3. Employment Status / Situación de empleo

I began working for this employer on: (month, day, year) Comencé a trabajar para este patrono o 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 trabajador más de 52 semanas continuadas para este patrono o empleador en una o más de sus establecimientos o departamentos <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No
I have worked at least 1,000 hours for this employer during the last 52 weeks He trabajador por lo menos 1000 horas para este patrono o empleador durante las últimas 52 semanas <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No
At least 50 people work for this employer at all of its locations. Un total de por lo menos 50 personas trabajan para este patrono o empleador en todos sus establecimientos <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No

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

<p>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</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p>
<p>If Yes, how much leave did you take and for what reason? Si respondió "Sí", ¿cuánto tiempo de ausencia tomó y por que razón?</p>
<p>My employer has a poster displayed explaining my rights under the Wisconsin Family and Medical Leave Act Mi patrono/empleador exhibe un póster o afiche, el cuál explica mis derechos bajo la Ley de Ausencia Familiar y Médica de Wisconsin</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No</p>

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.

<input type="checkbox"/> For the birth or adoption of my child (Family Leave) Para el nacimiento o adopción de mi hijo/a [Ausencia Familiar]	
<input type="checkbox"/> 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]	
Provide the name of person with the serious health condition Indique el nombre de la persona que está seriamente enferma	Provide the person'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	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Verbally / Verbalmente <input type="checkbox"/> In writing on (month/day/year) / Por escrito el (mes/día/año): _____	
Provide name of person you requested Family Leave from Indique el nombre de la persona a la cual usted le solicitó Ausencia Familiar	Provide the title of the person 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	
<input type="checkbox"/> Verbally / Verbalmente <input type="checkbox"/> In writing on (month/day/year) / Por escrito el (mes/día/año): _____	
Provide name of person you requested Medical Leave from Indique el nombre de la persona a la cual usted le solicitó Ausencia Médica	Provide the title of the person Indique el título de esa persona
<input type="checkbox"/> 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	

How much Leave did you request? / ¿Cuánto tiempo de Ausencia solicitó usted?	Hours Horas	Days Días	Weeks Semanas
I expected to be off work on the following dates Yo anticipaba estar ausente del trabajo en las siguientes fechas			

6. Denial of Leave / Negación de Ausencia o Licencia

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)
My employer denied my leave request because Mi patrono/empleador negó mi solicitud de ausencia/licencia porque
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)
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

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 Complaint or Complainants Representative Firma del Demandante o del representante del Demandante	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: EQUAL RIGHTS DIVISION 819 N 6TH ST ROOM 723 MILWAUKEE WI 53203</p> <p>or violations in: Milwaukee, Waukesha, Ozaukee, Washington, Kenosha and Racine Counties si las violaciones tuvieron lugar en uno de estos condados</p> <p>EQUAL RIGHTS DIVISION PO BOX 8928 MADISON WI 53708</p> <p>para violaciones en cualquier otro Condado de Wisconsin for all other counties in Wisconsin</p>	

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 Name Segundo nombre(s) del demandante	Complainant Last Name pellido(s) del demandante
Today's Date Fecha de hoy	Complainant Date of Birth (requested for identification purposes) (Month/day/year) Fecha de nacimiento (Mes/día/año)	

Availability/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. and 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 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

Name of contact person Nombre del contacto		Relationship to 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 / menos de 15 <input type="checkbox"/> 15-100 <input type="checkbox"/> 101-200 <input type="checkbox"/> 201-500 <input type="checkbox"/> More than 500/ más de 500	
Does another company own the employer ¿Otra compañía es dueña <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Don't know/ No se	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 so, 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 your complaint
 ¿En este momento está usted interesado en llegar a un acuerdo con su patrón/empleador para resolver su demanda

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 <input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> 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/ patrón

How did the Complainant employment end ¿Cómo terminó su empleo <input type="checkbox"/> Discharged/ Despedido <input type="checkbox"/> Quit/ Renuncia <input type="checkbox"/> Laid off / Eliminado <input type="checkbox"/> Retired/ Retirado <input type="checkbox"/> Other/ Otro	Date Employment Ended Fecha de terminación	Pay Rate at End Salario	Hours per Week Horas por semana
If complainant was not promoted, what was the title of the position you 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 your complaint ¿En este momento está usted interesado en llegar a un acuerdo con su patrón/empleador para resolver su demanda?			

You will have an opportunity to provide more information during the investigation
 Usted podrá proveer información adicional durante la investigación

Statistical Information / Información de estadística

Complainant Sex: <input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino		
Complainant Race (check appropriate box or boxes): Raza del demandante		
<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native Indio-Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Black or African American Negro o Afro-Americano
<input type="checkbox"/> Asian Asiático	<input type="checkbox"/> White Caucásico o Blanco	<input type="checkbox"/> Unknown Desconozco