

**Discrimination Complaint
 Wisconsin Fair Employment Law
 Sections 111.31-111.395, WI Stats**

For office use only
ERD Case Number
 CR

For office use only
Para uso oficial
solamente

Authorization for this form is provided under Section 111.39(1), Wisconsin Statutes. Completion of this form is voluntary. However, if you wish to file a complaint of discrimination with the Equal Rights Division, you must submit a written document containing the information sought by this form. This information is used for the purpose of processing your complaint and maintaining the division's records. Personal information you provide may be used for secondary purposes [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes]

AVISO REQUERIDO POR la Sección 15.04(1)(m) de los Estatutos de Wisconsin. Autorización para este formulario es provista en la Sección 111.39(1), de los Estatutos de Wisconsin. Completar este formulario es voluntario. Sin embargo, si usted desea someter una queja de discriminación a la División de Derechos Iguales, usted debe someter un documento por escrito que contenga la misma información solicitada en este formulario. Esta información se usa para procesar su queja y para mantener los archivos de documentación de la división. 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

2. Respondent Information

Información sobre el Demandado

Complainant First Name Primer Nombre	(The respondent is the company, employment agency, labor union or licensing agency you believe discriminated against you.) If there is more than one respondent, fill out this box with information about one respondent. Use a separate sheet of paper to give the same information about the others and attach to this form. Respondent Name Nombre del Demandado
Complainant Middle Name Segundo Nombre	
Complainant Last Name Apellido(s)	
Complainant Street Address Dirección	
Complainant City Ciudad	Respondent Street Address Dirección del Demandado
Complainant State Estado	Respondent City Ciudad donde se encuentra el Demandado
Complainant Zip Code Código Postal	Respondent State Estado donde se encuentra el Demandado
Complainant Home Telephone Number (include area code) Número de Teléfono de la casa (con código) ()	Respondent Zip Code Código Postal del Demandado
Complainant Work Telephone Number (include area code) Número de Teléfono del Trabajo (con código) () Ext.	Respondent Telephone Number (include area code) Número de Teléfono del Demandado () Ext.
May we call the complainant at work? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Podemos llamarlo al trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	In what 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 creed (religion). * de mi religión which is a cual es	<input type="checkbox"/> of my conviction record. e mis antecedentes o historial penal
<input type="checkbox"/> of my color. * de mi color which is ue es	<input type="checkbox"/> of my age. (40 or older) * de mi edad (40 años o más) which is ue es my date of birth is mi fecha de nacimiento es	<input type="checkbox"/> of my membership in national guard or military reserves de mi historial militar con la guardia nacional o la reserva
<input type="checkbox"/> of my pregnancy/maternity de mi embarazo/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 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"/> use or nonuse of lawful products
<input type="checkbox"/> of my disability de mi incapacidad. * which is que es	<input type="checkbox"/> of my arrest record de mi antecedente o historial penal de arrestos.	<input type="checkbox"/> of honesty testing de exámenes de honestidad.
<input type="checkbox"/> of my national origin or ancestry.* de mi origen nacional o antepasados. which is que es o son	<input type="checkbox"/> filed a complaint with the Equal Rights Division Sometí una queja ante la división de derechos iguales.	<input type="checkbox"/> I 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 filed a labor standards complaint with the Equal Rights Division Sometí una queja por violaciones a las leyes laborales con la división de derechos iguales.	<input type="checkbox"/> 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 opposed discrimination in the workplace Me opuse a un acto discriminatorio en mi trabajo.
<input type="checkbox"/> the employer believed that I was going to file a labor standard complaint El patrón o empleador pensó que iba a someter una queja alegando violaciones a las leyes laborales.		
The Date of The First Violation La fecha de la primera violación.		The Date of The Last Violation La fecha de la última violación

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

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?		
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 está 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:

Sexo del demandante

- Male Female
Masculino Femenino

Complainant Race (check appropriate box or boxes):

Raza del demandante

- American Indian or Alaska Native
Indio-Americano o Nativo de Alaska
- Native Hawaiian or Pacific Islander
Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico
- Black or African American
Negro o Afro-Americano
- Asian
Asiático
- White
Caucásico o Blanco
- Unknown
Desconozco