

Para ser completado
por ERD
To be filled in by ERD

ERD Case Number
CR

Solamente para el uso
de ERD
For ERD Use Only

Queja de Ausencia Familiar y Médica Family and Medical Leave Complaint

La información personal que usted provea podrá usarse para propósitos secundarios. (Ley de Protección de Asuntos Privados, s. 15.04(1) (m) de los Estatutos de Wisconsin).

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

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

1. Información sobre el Demandante Complainant Information

2. Información sobre el Demandado Respondent Information

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

3. Situación de empleo - Employment Status

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

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

<p>Yo he usado Ausencia Familiar o Médica desde el 1º de enero del presente año I have used Family or Medical Leave during the current calendar year</p> <p><input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No / No.</p>
<p>Si respondió "sí", ¿cuánto tiempo de ausencia tomó y por que razón If yes, how much leave did you take and for what reason</p>
<p>Mi patrono/empleador exhibe un póster o afiche, el cuál explica mis derechos bajo la Ley de Ausencia Familiar y Médica de Wisconsin My employer has a poster displayed explaining my rights under the Wisconsin Family and Medical Leave Act</p> <p><input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No / No</p>

5. Solicitud Presente de Ausencia o Licencia Present Leave Request

He solicitado ausencia o licencia por la siguiente razón:(marque las casillas de las respuestas que correspondan y complete lo requerido.

I have requested leave for the following reason (check appropriate answer).

<input type="checkbox"/> Para el nacimiento o adopción de mi hijo/a [Ausencia Familiar] For the birth or adoption of my child (Family Leave)	
<input type="checkbox"/> Para cuidar a un hijo/a, esposo/a, padre, madre o suegro/a seriamente enfermo/a [Ausencia Familiar] To care for a seriously ill child, spouse, parent or parent-in law (Family Leave)	
Indique el nombre de la persona que está seriamente enferma Provide the name of person with the serious health condition	Indique su relación con esa persona Provide the person's relationship to you
Describa la naturaleza de la enfermedad o condición de salud seria de esa persona Describe the nature of their serious health condition	
<input type="checkbox"/> Debido a mi propia condición seria de salud.(Ausencia Médica) For my own serious health condition (Medical Leave)	
Describa la naturaleza de su enfermedad o condición seria de salud Describe the nature of your serious health condition	
Yo solicité Ausencia Familiar por el nacimiento o adopción de mi hijo/a o para cuidar a un familiar seriamente enfermo I requested Family Leave for the birth or adoption of my child or to care for a seriously ill family member	
<input type="checkbox"/> Verbalmente / Verbally <input type="checkbox"/> Por escrito el (mes/día/año): In writing on (month/day/year)_____	
Indique el nombre de la persona a la cual usted le solicitó Ausencia Familiar Provide name of person you requested Family Leave from	Indique el título de esa persona Provide the title of the person
Yo solicité Ausencia Médica debido a mi propia condición seria de salud I requested Medical Leave for my own serious health condition	
<input type="checkbox"/> Verbalmente / Verbally <input type="checkbox"/> Por escrito el (mes/día/año): In writing on (month/day/year)_____	
Indique el nombre de la persona a la cual usted le solicitó Ausencia Médica Provide name of person you requested Medical Leave from	Indique el título de esa persona Provide the title of the person
<input type="checkbox"/> Yo no solicité ni Ausencia Familiar ni Ausencia Médica porque yo no estaba al tanto de mis derechos I did not request Family or Medical Leave because I was unaware of my rights	

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

6. Denial of Leave - Negación de Ausencia o Licencia

Yo recibí notificación de que mi solicitud de ausencia había sido negada el (mes/día/año) I received notice that my leave request was denied on (month, day, year)
Mi patrono/empleador negó mi solicitud de ausencia/licencia porque My employer denied my leave request because
Mi ausencia/licencia no fue negada pero es posible que mis derechos hayan sido violados el (mes/día/año) My leave was not denied, but my rights may have been violated on (month, day, year)
Yo creo que mis derechos bajo la Ley de Ausencia Familiar y Médica has sido violados de la siguiente manera I believe that my rights under the Family and Medical Leave Act have been violated in the following way

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

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

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.

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

Firma del Demandante o del representante del Demandante Signature of Complaint or Complainants Representative	Fecha de la Firma Date Signed
--	----------------------------------

Una vez completada y firmada, envíe su queja por correo a:

Mail your completed and signed complaint to:

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

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

EQUAL RIGHTS DIVISION
PO BOX 8928
MADISON WI 53708

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

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:

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