Formulario de quejas y apelaciones

Complete este formulario y preséntelo:

- En persona, en una de las oficinas de Workforce Solutions.
- Por correo, a la Oficina de la Junta de la Fuerza Laboral en 500 Chestnut, Ste. 1200, Abilene, TX, 79602.
- Por correo electrónico, a appeals@workforcesystem.org.

Debe enviar las apelaciones por los servicios de cuidado infantil por correo a Child Care Services, 500 Chestnut, Ste. 1100, Abilene, TX, 79602, O puede enviarlas por fax a los Servicios de Cuidado Infantil, al 325-795-4369.

Nota: Las personas que quieran presentar denuncias de discriminación de los empleadores pueden hacerlo directamente ante la agencia estatal o federal correspondiente. (Escriba al representante de quejas a la dirección de correo electrónico de arriba para recibir información de contacto).

Información del demandante	
1. Nombre del demandante Apellido: Nombre: Inicial del segundo nombre:	**2a. Domicilio postal/permanente** Número y calle: Ciudad: Estado: Código postal:
2b. Domicilio temporal (si corresponde)	**3. Número de teléfono permanente** **Número de teléfono temporal/otro número**
4. Dirección de correo electrónico	

Información del demandado	
5. Nombre de la persona contra la que se presenta la queja	**6. Nombre del empleador/Oficina del Centro de Fuerza Laboral (Workforce Center Office, WFC)**
7. Domicilio del empleador/Oficina del WFC	**8. Número de teléfono del empleador/Oficina del WFC**

Información de la queja
9. Descripción de la queja o motivo de la apelación. Si necesita más espacio, utilice más hojas y adjúntelas a este formulario.

10. Por lo que puede recordar, ¿en qué fechas tuvieron lugar los supuestos incidentes? Para las apelaciones, indique la fecha de la determinación o decisión que está apelando.

Fecha del primer acontecimiento:

Fecha del acontecimiento más reciente:

11. Por este incidente (o la decisión de la queja/determinación del servicio que está apelando), ¿ha presentado una queja o una apelación ante alguna otra agencia estatal o federal?

Si es así, indique la agencia aquí:

12. Indique abajo todas las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) con las que nos podemos comunicar para obtener más información que respalde o aclare su queja.

Nombre	Información de contacto

13. Si alega discriminación, ¿cuál de estos puntos describe mejor por qué cree que lo discriminaron? (Si no alega discriminación, salte esta sección).

☐ Raza
Especifique: _____

☐ Color

☐ Religión
Especifique: _____

☐ Género
Especifique: _____

☐ País de origen
Especifique: _____

☐ Edad
Fecha de nacimiento: _____

☐ Discapacidad
Especifique: _____
_____

☐ Afiliación/creencia política
Especifique: _____
_____

☐ Nacionalidad
Especifique: _____
_____

☐ Participación en un programa o en una actividad de la WIOA
Especifique: _____
_____

☐ Represalia/respuesta
(debe basarse en una de las acciones discriminatorias que indicó)
Especifique: _____
_____
_____

14. Certificación: Certifico que la información que aporté es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Autorizo que se comparta esta información con otras agencias encargadas de hacer cumplir la ley para la investigación adecuada de mi queja. Entiendo que mi identidad se mantendrá confidencial en la medida de lo posible, de acuerdo con la ley y con una determinación justa de mi queja.

15. Firma del demandante	**16. Fecha**

Empleador/Programa de Igualdad de Oportunidades. Hay ayudas y servicios auxiliares si lo pide para las personas con discapacidades. *Retransmisión: 1-800-735-2989 (TTY) / 711 (voz).*
Este servicio se financia en su totalidad o en parte con fondos federales. Hay información más completa en el sitio web de la Junta en http://wfswct.org/publicInfo.