

EOC Case No.
ERD Case No.
EEOC/HUD Case No.

COMPLAINT OF DISCRIMINATION (QUERRELLA DE DISCRIMINACIÓN)

COMPLAINANT (QUERELLANTE)

Name (Nombre): _____

Address (Dirección): _____

City (Ciudad): _____ **State** (Estado): _____ **Zip Code** (Código Postal): _____

Telephone (Teléfono): **Home** (Casa): _____ **Work** (Trabajo): _____

RESPONDENT (DEMANDADO)

Name (Nombre): _____

Address (Dirección): _____

City (Ciudad): _____ **State** (Estado): _____ **Zip Code** (Código Postal): _____

Telephone (Teléfono): _____

THIS COMPLAINT CONCERNS: (ESTA QUERRELLA ES REFERENTE A:)

- Housing (Vivienda) Employment (Empleo) Public Accommodations (Acomodaciones Publicas)

IN REFERENCE TO: (EN REFERENCIA A:)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sex (Sexo) | <input type="checkbox"/> Marital Status (Estatus civil) | <input type="checkbox"/> National Origin/Ancestry (Origen Nacional / Descendencia) |
| <input type="checkbox"/> Color (Color) | <input type="checkbox"/> Student (Estudiante) | <input type="checkbox"/> Social Security (Seguro Social) |
| <input type="checkbox"/> Age (Edad) | <input type="checkbox"/> Political Beliefs (Creencias Políticas) | <input type="checkbox"/> Domestic Partners (Compañeros Domésticos) |
| <input type="checkbox"/> Race (Raza) | <input type="checkbox"/> Physical Appearance (Apariencia Física) | <input type="checkbox"/> Citizenship (Ciudadanía) |
| <input type="checkbox"/> Disability (Incapacidad) | <input type="checkbox"/> Retaliation (Represalias) | <input type="checkbox"/> Gender Identity (Identidad de género) |
| <input type="checkbox"/> Arrest Record (Arresto) | <input type="checkbox"/> Less Than Honorable Discharge from the Military (Licenciamiento deshonoroso del ejército) | <input type="checkbox"/> Genetic Identity (employment and housing) (Información genética) |
| <input type="checkbox"/> Conviction Record (Condena) | <input type="checkbox"/> Familial Status (Estado Familiar) | <input type="checkbox"/> Victim of Domestic Abuse, Sexual Assault or Stalking (housing) (Ser víctima de violencia domestica, agresión sexual o acoso/hostigamiento – vivienda) |
| <input type="checkbox"/> Religion (Religión) | <input type="checkbox"/> Source of Income (Fuente de Ingreso) | <input type="checkbox"/> Credit History (employment) (Historial de crédito – empleo) |
| <input type="checkbox"/> Sexual Orientation (Orientación Sexual) | | |

EXPLAIN WHAT WAS DONE THAT YOU BELIEVE WAS DISCRIMINATORY (EXPLIQUE LO QUE LE OCURRIO QUE USTED CREE ES DISCRIMINACION) (La información debe ser provista en Inglés):

If the Wisconsin Equal Rights Division and/or the Federal Equal Employment Opportunity Commission have jurisdiction over your complaint, would you like this complaint filed with the appropriate State and/or Federal Agency?

(Si la División de Derechos Iguales de Wisconsin o la Comisión Federal de Derechos Iguales en el Empleo tienen jurisdicción sobre su querrella, ¿desea que esta querrella sea sometida a la agencia estatal o federal apropiada?)

- Yes No

By my signature below, I acknowledge that I have read the complaint, that to the best of my knowledge, information and belief the complaint is true and correct, and that the complaint is not being used for any improper purpose such as to harass the party against whom the complaint is filed.

(Con mi firma indico que he leído esta querrella y entiendo que, basado en mi conocimiento, información y creencia, esta querrella es verdadera y correcta, y esta querrella no esta siendo usada para ningún propósito indebido, tal como hostigar a la entidad o persona contra la cual me estoy quejando)

Signature of complainant or authorized representative
(Firma del Querellante o de su Representante Autorizado)

No. of employees:
No. de empleados: _____

Date Signed:
Firmada en: _____