

TEXAS WORKFORCE SOLUTIONS COMPLAINT INFORMATION FORM

FOR TWC USE ONLY

Date Received
/ /

Part I.

Complainant's Information	Respondent's Information									
1. NAME OF COMPLAINANT (Last, First, Middle Initial)	4. NAME OF PERSON COMPLAINT MADE AGAINST									
2a. PERMANENT ADDRESS (Number, Street, City, State, Zip Code)	5. NAME OF EMPLOYER/ONE-STOP CAREER CTR (OSCC) OFFICE									
2b. TEMPORARY ADDRESS (if appropriate)	6. ADDRESS OF EMPLOYER/OSCC OFFICE									
3. PERMANENT TELEPHONE [] - [] OTHER/TEMPORARY PHONE [] - []	7. TELEPHONE NUMBER OF EMPLOYER/OSCC OFFICE [] - []									
8. DESCRIPTION OF COMPLAINT (If additional space is needed, use separate sheet(s) of paper and attach to this form.)										
9. To the best of your knowledge, which of the following program(s) was involved? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Child Care Services Program <input type="checkbox"/> Employment/Job Service (ES) Program <input type="checkbox"/> SNAP: Employment & Training </td> <td style="border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Choices <input type="checkbox"/> Unemployment Insurance (UI) <input type="checkbox"/> Vocational Rehabilitation </td> <td style="border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA) <input type="checkbox"/> Other. Specify: _____ </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Child Care Services Program <input type="checkbox"/> Employment/Job Service (ES) Program <input type="checkbox"/> SNAP: Employment & Training	<input type="checkbox"/> Choices <input type="checkbox"/> Unemployment Insurance (UI) <input type="checkbox"/> Vocational Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA) <input type="checkbox"/> Other. Specify: _____						
<input type="checkbox"/> Child Care Services Program <input type="checkbox"/> Employment/Job Service (ES) Program <input type="checkbox"/> SNAP: Employment & Training	<input type="checkbox"/> Choices <input type="checkbox"/> Unemployment Insurance (UI) <input type="checkbox"/> Vocational Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA) <input type="checkbox"/> Other. Specify: _____								
10. To your best recollection, on what date(s) did the alleged incident(s) take place? Date of first occurrence / / Date of most recent occurrence / /										
11. For this incident, have you filed a case or complaint with any of the following? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> US Department of Justice—Civil Rights Division <input type="checkbox"/> US Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) </td> <td style="border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> US DOL—Civil Rights Center <input type="checkbox"/> TWC—Civil Rights Division </td> <td style="border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Federal or State Court <input type="checkbox"/> Other _____ </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> US Department of Justice—Civil Rights Division <input type="checkbox"/> US Equal Employment Opportunity Commission (EEOC)	<input type="checkbox"/> US DOL—Civil Rights Center <input type="checkbox"/> TWC—Civil Rights Division	<input type="checkbox"/> Federal or State Court <input type="checkbox"/> Other _____						
<input type="checkbox"/> US Department of Justice—Civil Rights Division <input type="checkbox"/> US Equal Employment Opportunity Commission (EEOC)	<input type="checkbox"/> US DOL—Civil Rights Center <input type="checkbox"/> TWC—Civil Rights Division	<input type="checkbox"/> Federal or State Court <input type="checkbox"/> Other _____								
12. Please list below any persons (witnesses, fellow employees, supervisors, or others) that we may contact for additional information to support or clarify your complaint. <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%; text-align: center;">Name</th> <th style="width: 33%; text-align: center;">Address</th> <th style="width: 33%; text-align: center;">Phone Number</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Name	Address	Phone Number	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Name	Address	Phone Number								
_____	_____	_____								
_____	_____	_____								
13. If alleging discrimination, which of the following best describes why you believe you were discriminated against? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Race. Specify: _____ <input type="checkbox"/> Color. <input type="checkbox"/> Religion. Specify: _____ <input type="checkbox"/> Sex. <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female </td> <td style="border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> National Origin. Specify: _____ <input type="checkbox"/> Age. Date of Birth: _____ <input type="checkbox"/> Disability. _____ <input type="checkbox"/> Citizenship. Specify: _____ </td> <td style="border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Political Affiliation. Specify: _____ <input type="checkbox"/> Reprisal/Retaliation (must be based on one of the listed discriminatory actions). Specify: _____ </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Race. Specify: _____ <input type="checkbox"/> Color. <input type="checkbox"/> Religion. Specify: _____ <input type="checkbox"/> Sex. <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> National Origin. Specify: _____ <input type="checkbox"/> Age. Date of Birth: _____ <input type="checkbox"/> Disability. _____ <input type="checkbox"/> Citizenship. Specify: _____	<input type="checkbox"/> Political Affiliation. Specify: _____ <input type="checkbox"/> Reprisal/Retaliation (must be based on one of the listed discriminatory actions). Specify: _____						
<input type="checkbox"/> Race. Specify: _____ <input type="checkbox"/> Color. <input type="checkbox"/> Religion. Specify: _____ <input type="checkbox"/> Sex. <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> National Origin. Specify: _____ <input type="checkbox"/> Age. Date of Birth: _____ <input type="checkbox"/> Disability. _____ <input type="checkbox"/> Citizenship. Specify: _____	<input type="checkbox"/> Political Affiliation. Specify: _____ <input type="checkbox"/> Reprisal/Retaliation (must be based on one of the listed discriminatory actions). Specify: _____								
14. CERTIFICATION: I certify that the information furnished is true and accurately stated to the best of my knowledge. I authorize the disclosure of this information to other enforcement agencies for the proper investigation of my complaint. I understand that my identity will be kept confidential to the maximum extent possible, consistent with applicable law and a fair determination of my complaint.										
15. PERSONS WISHING TO FILE COMPLAINTS OF DISCRIMINATION BY EMPLOYERS may file directly with the appropriate state or federal agency. (Ask the Complaint Representative for mailing address.)										
16. SIGNATURE OF COMPLAINANT	17. DATE SIGNED / /									

Part II. For Workforce Office Staff Use Only		
1. Migrant or Seasonal Farmworker? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, mail complaint directly to the Texas Monitor Advocate.	2. If non-Job Service/ES related, does complaint concern laws enforced by US DOL Wage and Hour Division [WHD] (formerly called Employment Standards Administration) or OSHA? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
3. Type of Complaints (Check Appropriate Boxes) <input type="checkbox"/> Job Service/ES Related Job Order Number _____ <input type="checkbox"/> Against Job Service <input type="checkbox"/> Against Employer <input type="checkbox"/> Alleged Violation of WIOA Regulations <input type="checkbox"/> Alleged Violation of Employment Law(s) <input type="checkbox"/> Non-Job Service/ES Related	4. Kind of Complaint (Check Appropriate Boxes) <input type="checkbox"/> Wage Related/Non-Payment of Wages <input type="checkbox"/> Housing <input type="checkbox"/> Child Labor <input type="checkbox"/> Pesticides <input type="checkbox"/> Working Conditions <input type="checkbox"/> Health/Safety <input type="checkbox"/> Migrant and Seasonal Agricultural Worker Protection Act (MSPA) <input type="checkbox"/> Disability Discrimination <input type="checkbox"/> Discrimination* <input type="checkbox"/> Other: Specify: _____	5. H-2A/Criteria Employer: <input type="checkbox"/> US /Domestic Worker <input type="checkbox"/> H-2A Worker <input type="checkbox"/> Wages <input type="checkbox"/> Transportation <input type="checkbox"/> Meals <input type="checkbox"/> Housing <input type="checkbox"/> Other _____
*FOR DISCRIMINATION COMPLAINTS ONLY: Individuals wishing to file complaints of discrimination may file either with the Texas Workforce Commission, State Equal Opportunity Officer, or with the US Department of Labor, Civil Rights Center, 200 Constitution Avenue, NW, Room N-4123, Washington, DC 20210.		
6a. Referrals to Other Agencies (Check One) → <input type="checkbox"/> Wage and Hour/US Dept. of Labor (DOL) <input type="checkbox"/> OSHA/DOL <input type="checkbox"/> TWC, Civil Rights Division <input type="checkbox"/> TWC, Labor Law Section (Wage Claims) <input type="checkbox"/> EEOC <input type="checkbox"/> Other _____ 6b. Follow-Up: 6c. Follow-Up Date: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Monthly ____/____/____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quarterly	7. Address of Referral Agency (Number, Street, City, State, ZIP Code and Telephone No.)	
8. Comments (If additional space is needed, use separate sheet of paper.) Provided ES Services? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If "No," explain:		
9. Was Complaint Resolved? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If "No," explain:		
10. Name and Title of Individual Receiving Complaint	11. Telephone Number [] -	
12. Workforce Solutions Office Address (Number, Street, City, Zip Code)	13. Workforce Solutions Cost Center (CC) Number: _____ LWDA Number: _____	

14. Signature	15. Date / /
---------------	----------------------------

Instructions for Workforce Solutions Office Staff

PART I, Item 16. If complainant prefers to mail his or her complaint form, provide the appropriate state or federal agency mailing address.

PART II, Item 1. Mark “YES” when the individual filing the complaint meets all the following criteria: Worked an aggregate of 25 days or more during the preceding 12 months in agricultural-related work; 50 percent or more of the yearly income was derived from agricultural-related activities; and was not employed year-round by the same employer.

PART II, Item 3. Mark “Job Service/ES Related” and enter the job order number when the complainant was referred to the employer on a valid TWC job order. The “Against Job Service” will be marked when the allegation is against the employment service. “Against Employer” will be marked when the employer, named as the “Respondent” on the complaint, allegedly violated the “terms and conditions” of the job order, in other words, hours to be worked, wages to be paid, etc., or an employment-related law such as the Civil Rights Act of 1964, as amended, or the Fair Labor Standards Act.

PART II, Item 6. Check the agency to which the complaint was referred.

PART II, Item 7. Enter the contact information (name, address, telephone) of referred agency.

FORMULARIO DE INFORMACION PARA DEMANDAS DE LA RED DE LA FUERZA LABORAL DE TEJAS

PARA USO EXCLUSIVO DE DEPARTAMENTO

Fecha de recibo

___/___/___

Primera parte.

Datos del/de la Demandante		Datos del/de la Demandado/a	
1. NOMBRE DEL/DE LA DEMANDANTE (Apellido Usual, Nombre, Segundo Nombre)		4. NOMBRE DEL/DE LA DEMANDADO(A)	
2a. DOMICILIO PERMANENTE (Calle y número, ciudad, estado, código postal)		5. NOMBRE DEL PATRÓN O CENTRO ÚNICO DE SERVICIOS (WORKFORCE SOLUTIONS OFFICE)	
2b. DOMICILIO TEMPORAL (Si es apropiado)		6. DIRECCIÓN DEL PATRÓN O CENTRO ÚNICO DE SERVICIOS (WORKFORCE SOLUTIONS OFFICE)	
3. NÚMERO DE TELÉFONO PERMANENTE [] - NÚMERO DE TELÉFONO TEMPORAL [] -		7. TELÉFONO DEL PATRÓN O CENTRO ÚNICO DE SERVICIOS (WORKFORCE SOLUTIONS OFFICE) () -	
8. DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA (Si se necesita más espacio, sírvase utilizar otra(s) hoja(s) y adjuntarla(s) a este formulario)			
9. Al mejor de su conocimiento, ¿cuál de los siguientes programas se concierne con su queja?			
<input type="checkbox"/> Programa de administración de servicios de guardería <input type="checkbox"/> Empleos/Programa de servicios de empleo (SE) <input type="checkbox"/> SNAP/Empleo y Capacitación		<input type="checkbox"/> Choices (Opciones) <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo <input type="checkbox"/> Rehabilitación Vocacional <input type="checkbox"/> La Acta Fuerza Laboral de Innovación y Oportunidad (WIOA) <input type="checkbox"/> Otro programa. Especifique:	
10. A lo mejor de su memoria, ¿en qué fecha(s) ocurrió/ocurrieron el/los incidente(s) alegado(s)? Fecha en que ocurrió/ocurrieron por primera vez: / / Fecha más reciente en que ocurrió/ocurrieron: / /			
11. Con respecto a este incidente, ¿Ha presentado un caso o queja con alguno de los siguientes?			
<input type="checkbox"/> Departamento de Justicia de EEUU—División de Derechos Civiles <input type="checkbox"/> La Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC) <input type="checkbox"/> Departamento de Trabajo de EEUU—Centro de Derechos Civiles		<input type="checkbox"/> TWC—División de Derechos Civiles <input type="checkbox"/> Tribunal federal o estatal <input type="checkbox"/> Otra entidad	
12. Sírvase anotar a continuación el nombre de cualesquiera personas (testigo, compañero/a de trabajo, supervisor(a), u otras personas) con quienes podemos comunicarnos para obtener información adicional a fin de apoyar o aclarar su queja.			
Nombre		Dirección	Teléfono
_____		_____	_____
_____		_____	_____
_____		_____	_____
13. Si usted alega que hubo discriminación, ¿Cuál de los siguientes describe mejor por qué cree que se discriminó en su contra?			
<input type="checkbox"/> Raza. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Color. _____ <input type="checkbox"/> Religión. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Origen nacional. Especifique: _____		<input type="checkbox"/> Sexo. Especifique: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Edad. Fecha de nacimiento: _____ <input type="checkbox"/> Incapacitación. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Ciudadanía. Especifique: _____	
<input type="checkbox"/> Afiliación política. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Represalia/Desquite (debe basarse en una de las acciones discriminatorias ya mencionadas) <input type="checkbox"/> Especifique: _____			
15. CERTIFICACIÓN: CERTIFICO que a mi leal saber y entender, los datos que proporciono son ciertos y exactos. AUTORIZO la revelación de dichos datos a otras agencias encargadas del cumplimiento de las leyes para fines de la debida investigación de mi queja. ENTIENDO que se mantendrá confidencial mi identidad al mayor grado posible, de acuerdo con las leyes aplicables y una justa resolución de mi queja.			
16. QUIENES DESEEN PRESENTAR DEMANDAS POR DISCRIMINACIÓN pueden presentarlas directamente con la agencia estatal o federal apropiada. (Pida al Representante de Quejas que provea la dirección.)			
17. FIRMA DEL/DE LA DEMANDANTE		19. FECHA EN QUE SE FIRMÓ / /	

Segunda parte. Para uso exclusivo del personal del Centro de la Fuerza

<p>1. ¿Trabajador(a) agrícola, migrante o de temporada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si marcó Sí, envíe la queja directamente al Texas Monitor Advocate.</p>	<p>2. Si la queja no está relacionada con Servicios de Empleo, ¿se refiere la queja a leyes impuestas por la Sección de Horas y Salarios (WHD) del Departamento de Trabajo o a La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>3. Tipo de queja (Marque los cuadrillos correspondientes)</p> <p><input type="checkbox"/> Relacionada con SE número de la orden de trabajo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> En contra del servicio de trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> En contra del patrón</p> <p><input type="checkbox"/> Contra infracción de reglamentos de WIOA</p> <p><input type="checkbox"/> Alegación de infracción de ley(es) sobre empleos</p> <p><input type="checkbox"/> No relacionada con SE</p>	<p>4. Tipo de queja (Marque los cuadrillos correspondientes)</p> <p><input type="checkbox"/> Relacionada con salarios</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajo de menores, <input type="checkbox"/> Pesticidas</p> <p><input type="checkbox"/> Condiciones de trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> Salud/seguridad</p> <p><input type="checkbox"/> La Ley para la Protección de los Obreros Agrícolas Migratorios y de Temporada (MSPA)</p> <p><input type="checkbox"/> Discriminación por discapacidad</p> <p><input type="checkbox"/> Discriminación*</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Especifique. _____</p>	<p>5. Empleador/Criterio H-2A:</p> <p><input type="checkbox"/> EEUU/Trabajador(a) doméstico(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajador(a) H-2A</p> <p><input type="checkbox"/> Salario</p> <p><input type="checkbox"/> Transporte</p> <p><input type="checkbox"/> Comida</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>

*PARA QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN SOLAMENTE: Las personas que deseen presentar quejas de discriminación pueden presentar su queja con la Fuerza Laboral de Texas, El Oficial de la Igualdad de Oportunidades o con el Departamento de Trabajo, el Centro de Derechos Civiles, 200 Constitution Avenue, NW, Room N-4123, Washington, DC 20210.

<p>6a. Referencias a otras agencias (Marque una) →</p> <p><input type="checkbox"/> Salarios y Horarios/ESA/US DOL</p> <p><input type="checkbox"/> La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA/US DOL)</p> <p><input type="checkbox"/> TWC, la División Civil de Derechos</p> <p><input type="checkbox"/> TWC, Sección de la Ley de Trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> La Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC)</p> <p><input type="checkbox"/> Otra agencia: _____</p> <p>6b. Seguimiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trimestral</p> <p>6c. Fecha de Seguimiento: _____/_____/_____</p>	<p>7. Dirección de la agencia de referencias (Calle y número, ciudad, estado, código postal, número telefónico)</p>
---	---

8. Observaciones (Si se necesita más espacio, sírvase utilizar otra hoja.)

¿Se proveen servicios de SE? Sí No En caso negativo, explique.

9. ¿Se resolvió la queja? Sí No En caso negativo, explique.

<p>10. Nombre y título de la persona que recibió la queja</p>	<p>11. Teléfono () -</p>
<p>12. Dirección del Centro de la Fuerza Laboral (Calle y número, ciudad, código postal)</p>	<p>13. Número de Centro de Costo: _____</p> <p>14. Número de LWDA: _____</p>
<p>15. Firma</p>	<p>16. Fecha / /</p>

Instrucciones para empleados del Centro de la Fuerza Laboral

PRIMERA PARTE, Punto 16. Si el reclamante prefiere enviar su forma de queja, provea la dirección de la agencia estatal o federal apropiada.

SEGUNDA PARTE, Punto 1. Marque el "Sí" cuando la persona que presenta la queja cumple con todos los criterios a continuación: haber trabajado un total de 25 o más días durante los 12 meses anteriores en un trabajo de tipo agrícola; haber obtenido no menos del 50 por ciento de sus ganancias de actividades relacionadas con la agricultura; y no haber sido ocupado durante todo el año por el mismo patrón.

SEGUNDA PARTE, Punto 3. Marque "Relacionada con SE" y anote el número de la orden de trabajo que se expidió cuando el/la demandante fue enviado/a al patrón con una orden válida de trabajo de la TWC. Se marcará "Contra el Servicios de Empleo" cuando la queja sea en contra del servicio de trabajo. Se marcará "Contra el patrón" cuando se alegue que el empleado que aparece en la demanda como "Demandado/a" no cumplió con los "términos y condiciones" de la orden de trabajo, es decir, en cuanto a las horas de trabajo, el salario a pagar, etc., o cuando se alegue el incumplimiento de una ley relacionada con el empleo, tal como la Ley de Derechos Civiles de 1964, reformada, o la Ley de Normas Laborales Justas.

SEGUNDA PARTE, Punto 6. Marque la agencia adonde la queja fue mandada.

SEGUNDA PARTE, Punto 7. Incluya la información de contacto (nombre, dirección, teléfono) de la agencia referida.