

Unlawful Acts Complaint Form Instructions

Use this form to file a complaint against an employer you believe has committed an unlawful act involving yourself and the Paid Leave program.

An unlawful act is when an employer:

- Interferes with, restrains, or denies an employee from using Paid Leave.
- Discharges (fires) an employee for filing a complaint or engaging in proceedings related to Paid Leave.
- Discriminates against an employee for filing a complaint or engaging in proceedings related to Paid Leave.

The laws that apply are RCW 50A.40.010 and WAC 192-570-020.

Submitting your complaint:

Make copies of any documentation that supports your complaint, such as emails, texts, or letters. Submit this completed form and your supporting documentation by fax or mail.

Fax: 833-525-2273

Mail: Employment Security Department
Paid Family and Medical Leave
P.O. Box 19020
Olympia, WA 98507-0020

Instrucciones para el formulario de queja por actos ilícitos

Use este formulario para presentar una queja contra un empleador que usted cree que ha cometido un acto ilegal que lo involucra a usted y al programa de Permiso de cuidado pagado.

Un acto ilegal es cuando un empleador:

- Interfiere, restringe o niega a un empleado el uso del Permiso de cuidado pagado.
- Despide a un empleado por presentar una queja o participar en procedimientos relacionados con el permiso de cuidado pagado.
- Discrimina a un empleado por presentar una queja o participar en procedimientos relacionados con el permiso de cuidado pagado.

Las leyes que se aplican son el RCW 50A.40.010 y el WAC 192-570-020.

Envíe su queja:

Saque copias de los documentos que respalden su queja, como correos electrónicos, mensajes de texto o cartas. Envíe este formulario completo y sus documentos de respaldo por fax o correo.

Fax: 833-525-2273

Correo: Employment Security Department
Paid Family and Medical Leave
P.O. Box 19020
Olympia, WA 98507-0020

Unlawful Acts Complaint Form		Formulario de queja por actos ilícitos	
Personal information Información personal			
First name* Nombre*		Last name* Apellido(s)*	
Date of birth (MM/DD/YYYY)* Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)*			
SSN or ITIN* SSN o ITIN*		Claim ID* Número de identificación de la reclamación*	
Mailing Address* Dirección de correo postal*			
City* Ciudad*		State* Estado*	Zip Code* Código postal*
Phone Number* Teléfono*		Email Address Correo electrónico	
Employer information Información del empleador			
Business Name* Nombre de la empresa*		UBI or FEIN UBI o FEIN	
Mailing Address* Dirección de correo postal*			
City* Ciudad*		State* Estado*	Zip Code* Código postal*
Phone Number* Número de teléfono*		Email Address Correo electrónico	
Complaint information Información sobre la queja			
Did your employer's actions interfere with, restrain, or deny your ability to use Paid Leave? ¿Las acciones de su empleador interfirieron, restringieron o negaron su capacidad para usar el Permiso de cuidado pagado?			Yes Sí No No
Did your participation in the Paid Leave program result in discrimination towards you? ¿Su participación en el programa de Permiso de cuidado pagado dio lugar a que lo discriminaran?			Yes Sí No No
Did your participation in the Paid Leave program result in your discharge from your position? ¿Su participación en el programa de Permiso de cuidado pagado dio lugar a que lo despidieran de su puesto?			Yes Sí No No
Did your employer discharge or discriminate against you after you filed a complaint, participated in a proceeding, or testified against the employer related to your complaint? ¿Su empleador lo despidió o lo discriminó después de que usted presentó una queja, participó en un procedimiento o testificó contra el empleador en relación con su queja?			Yes Sí No No

If you answered yes to any of the questions above, describe the situation(s) in detail. Include additional pages as needed. | **Si contestó que sí a cualquiera de las preguntas anteriores, describa la situación(es) en detalle.** Incluya más páginas según sea necesario.

Describe in detail any attempts you made to contact your employer to resolve the issue(s), as well as the results of your attempts. Include relevant details such as dates, names, titles, and phone numbers. Include additional pages as needed. | **Describe en detalle los intentos que hizo para comunicarse con su empleador para resolver el problema(s), así como los resultados de sus intentos.** Incluya detalles relevantes como fechas, nombres, nombre de los puestos y números de teléfono. Incluya más páginas según sea necesario.

Certification and signature | Certificación y firma

By signing below, I certify under penalty of perjury that:

- All the information included on this form is true and accurate.
- I understand that information involving the investigation and determination is to be made available to all interest parties.
- The law that applies is RCW 50A.40.020.

Al firmar abajo, certifico bajo pena de perjurio que:

- Toda la información que se incluye en este formulario es verdadera y precisa.
- Entiendo que la información relacionada con la investigación y la determinación se pondrá a disposición de todas las partes interesadas.
- La ley que se aplica es el RCW 50A.40.020.

Signature* | Firma*:

Date signed* | Fecha*:

Printed Name* | Nombre en letra de molde*:

The Employment Security Department is an equal opportunity employer/program. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. Language assistance services for limited English proficient individuals are available free of charge. Washington Relay Service: 711

El Departamento para la Seguridad del Empleo es un empleador/programa con oportunidades equitativas. La previa solicitud de equipos auxiliares y servicios están disponibles para los individuos con discapacidades. Los servicios de asistencia con el idioma para las personas con inglés limitado están disponibles sin costo. Servicio de retransmisión de Washington 711.