



联邦政府表格控制号码：OMB 1250-0002  
本表格失效日期：2014年3月13日

**填表须知：**

填表之前，

请阅读所有的填表有关要求，包括有关私密法案的下述声明。请使用本表格提交牵涉到有关联邦政府承包商监管计划办公室（OFCCP）各项计划之下的任何涉及就业歧视方面的投诉。当然您是否做出应答完全是您的自愿，但这个表格是联邦政府承包商监管计划办公室（OFCCP）用来甄别联邦政府承包商群体中的潜在的违犯雇工机会均等要求的案件信息来源之依据。注：如果本表格不具备当前仍有效的OMB控制号码，人们不必对提供信息的要求作出应答。

**私密法案声明：**

授权使用本表格要求提供信息的依据是第11246号总统行政命令，以及下述各项法案含其各自的修正案：

1973年康复法案，如其修正案第503条款；1974年的越战退伍军人补助再调整法案，如其修正案第38

U. S. C. 4212条款；1964年民权法案第7章，如其修正案，和/或1990年美国残障人保护法案第一章，如其修正案（ADA）。

本表格是用来处理投诉和对违反上诉命令和法规的指控进行调查所需的资料。我们将向被投诉的雇主提供本投诉表格的一份副本，当投诉事件涉及到民权法案第七章和/或残障人保护法案时，我们还将向美国平等就业机会委员会（EEOC）提供一份副本。本表格内的信息可能被用来与知晓有关投诉的其他人士进行核查对证。它也可能被用在与雇主解决争议赔偿的协商中，或者作为证词在听证会上采用，或者向其他对此项投诉拥有管辖权的部门进行披露。

提供本表格要求的信息是您本人的自愿，但是信息提供的缺失将限制劳工部代表您所采取行动，以及当您的投诉案件涉及到民权法案第七章和/或残障人保护法案时，信息的缺失将会影响到您根据那些相关法律所应享有的权利。

**禁止打击报复：**

联邦政府承包商监管计划办公室（OFCCP）的规定，以及民权法案第七章和/或残疾人法案的可适用条款，均要求雇主采取一切必要措施确保任何投诉人和协助调查的人不受打击报复。这包括任何恫吓，威胁，压制和歧视。如果发生打击报复事件，请立即向联邦政府承包商监管计划署办公室（OFCCP）报告。

**提交投诉的时效：**

所有有关投诉必须在所指控的歧视事件最后一次发生之后的特定时效内提交。总统行政命令11246号项下：180天内；康复法案和复员退伍军人法案：300天内。若有例外，必须获得联邦政府承包商监管计划办公室（OFCCP）主任的批准。

<p><b>姓名与地址：</b></p> <p>姓 名： _____</p> <p>地 址： _____</p> <p>城市： _____ 州： _____ 邮编： _____</p> <p>电话： _____</p>	<p><b>您所指控的对您犯有就业歧视的公司名称地址：</b></p> <p>公司名称： _____</p> <p>地 址： _____</p> <p>城市： _____ 州： _____ 邮编： _____</p> <p>电话： _____</p>
<p><b>邮寄此表格至：</b></p> <p>联邦政府合同监管计划署办公室（OFCCP）</p>	<p><b>请提供您所指控的对您歧视事件的最近日期：</b></p>

**第一步：** 选择您所投诉事件所对应的下述各项监管计划（在其旁边的方格内划  ）所依据的相应法规，（ 既：第11246号总统行政命令及其修正案；1973年康复法案及其修正案第503条款；或1974年的越战期间退伍军人补助再调整法案，及其修正案第38 U. S. C. 4212条款；或打击报复）。

**第二步：**

在相对应的计划项下，选择您所认为的对您造成歧视的类别依据，例如，种族，性别，原属国别。若您认为造成歧视的类别涉及多项，您可选择多项。您也可以在种族/民族一栏内作出多项选择。

**第11246号总统行政命令， 及其修正案。**此项命令涵盖那些以种族，肤色，宗教，性别或者出生地国别为依据提起投诉的人士。如果您选择了此项投诉， 您的投诉将自动成为双重投诉，即同时在 1964年民权法案第7章项下加以立案处理。我认为我曾经（或者目前仍然在）被由于下列原因受到歧视：

**类别：**

种族	西班牙语系后裔或拉丁语系后裔	美国印第安人或阿拉斯加土著居民
肤色	非西班牙语系后裔或拉丁语系后裔	亚洲人
宗教		黑人或者美国非洲后裔
性别	男      女	夏威夷或其他太平洋岛土著居民
原属国别		白人
其他		

**1973年康复法案，如其修正案第503条款。**本法案涵盖那些患有残障的个人，和那些患有体力和脑力方面残障病史的人士，和那些被雇主认定为已经残障的人士。如果选择了此项，您的投诉将自动成为双重投诉，同时在美国残障人保护法项下同时立案处理。

**类别：**

残障                      如果您是复原退伍军人请选择标注：                      是                      否

**1974年的越战期间退伍军人补助再调整法案，如其修正案，第38 U. S. C. 4212条款。**本法案涵盖特殊残废退伍军人，越南战争期间的残废退伍军人，最近转业退伍的复原军人，获得过武装力量服务奖章的退伍军人，和其他受保护的退伍军人。

**打击报复：** 对任何个人由于他或她做出了投诉， 参与了反对歧视的诉讼程序以及根据任何上述联邦计划对歧视行为作出抗争者的滋扰，恫吓，压制或歧视， 都是非法的。

如果您的投诉是基于您本人的复原军人地位，选择下述适用的一项或者多项，在相应的方格做出标注：

我从现役军人地位被安排复员或者退伍的日期为（填写复员或者退伍的日期：\_\_\_\_\_）  
作为一名复员军人，在我服役于武装力量期间，参加了美国的军事行动，并为此获得过根据第12985号  
总统行政命令（61 CFR 1209）所颁发的武装力量服务奖章。  
我参与服役于某次战争或战役或特遣行动， 为此我被授予了该战役证章。  
我的正式服役期超过了180天，我被安排复员退伍的原因不属于非荣誉退伍， 并且我的服役期间是在  
1961年 2月28日至 1975年 5月7日之间，服役地点是在越南共和国； 或者是 1964年 8月5日 至  
1975年 5月7日之间，服役地点为所有其他场合。  
我复原或退伍的原因是由于与服役相关的残障原因。 如果您选择了此项，您需要与此表格同时提交导致  
您复员退伍的您的医疗资料。（该资料可以从国家人事档案中心的您的军事档案总目录种查到，地址：  
9700 Page Blvd, St.,Louis,MO 63132）。

根据美国退伍军人事务局局长执行的法律，我是一名有权领取补偿金的复原退伍军人  
（或者假如我不领取军人退休金，则我应当有权利领取补偿金的）。 选择下列一项：

**问题：**

伤残等级为 30% 以上：  
伤残等级为 10% 至或20%，并已经被正式认定为符合严重影响工作的残疾标准  
不属于 a 或者 b 的伤残等级

**第三步：**选择下列那些您认为你的雇主， 基于您的种族，肤色，宗教，性别，出生地国别， 残障或者复原退伍军人地位， 而采取或者没有采取的行动 的有关选项（ 可以选择多项）：

**问题:**

雇用	升职	工作任务分配	遵守安息日仪式
解雇	降职	培训与实习	欺辱
裁员	资历工龄认定	设施方面的种族隔离	其他
返工	骚扰	产假	
工薪	工作福利	对残障人士提供的照顾	

对每一指控事项，请在下面的声明中加以解释，您是如何受到歧视的：

- 
1. 您是否知晓和您同一类的其他雇员或者申请者，同样地也受到了你所指控（在上述选择项中）您所受到的歧视？  
是 否。如果是，请在下述声明中提供他们的名字并说明他们是如何受到歧视的。
  2. 您是否知晓和您不属于同一类的其他雇员或者申请者，同样地也受到了你所指控（在上述选择项中）您所受到的歧视？  
是 否。如果是，请在下述声明中提供他们的名字并说明他们是如何受到歧视的。
- 

**投诉内容:**

---

**请详细描述您所指控的歧视/报复行为的细节:**

**请包括下述内容:**

- 您为什么认为该歧视行为是基于对您的残障或者复员退伍军人地位，种族，肤色，宗教，性别，或者原属国别，以及您为什么认为该行为是对您的报复；
- 如果有的话，日期，地点，和参与或者目击人的姓名和头衔；
- 作为所指控的歧视行为的后果，给您或者和您一起工作的人带来的伤害是什么，如果有伤害的话；
- 您的雇主对此，如果有的话，所做出的解释是什么？，以及
- 您所知道的任何关于您的雇主所获得的联邦政府承包合同方面的信息

如果这个投诉涉及到基于残障的歧视，请您描述您的残障情况，残障病史，或者为什么您认为您的雇主将您视为残障人士。

如果您为了解决这项投诉涉及的问题，已经 向其他途径（某个其他部门，某个律师，内部申述程序，等等）谋求过协助，请在此说明该途径的情况包括其名称姓名，联系协助的日期，和如果有的话，其结果：

姓名名称： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_  
结 果： \_\_\_\_\_

**您的朋友或者亲属：**

如果你改变了通信地址或者电话号码，请通知联邦政府合同监管计划办公室（OFCCP）。您可以提供某个知道如何联络到您的人的下述资料，以便在联邦政府合同监管计划办公室（OFCCP）无法按照您原来提供的您的地址电话与您取得联系的时候，仍然能够设法联系到您。

姓名： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 邮编： \_\_\_\_\_

与您的关系： \_\_\_\_\_

联系电话号： \_\_\_\_\_

<p>您向其他部门投诉了吗？ 如果您在其他部门投诉过此案或者相类似的案件，请告知我们：</p> <p>名称姓名： _____</p> <p>地 址： _____</p> <p>城市： _____ 州： _____ 邮编： _____</p> <p>联系人： _____</p> <p>电话： _____</p>	<p>您已经找好您的案件的代理了吗： 如果您已经找到了某律师，某个人或者某个组织代理您的案件，请告知我们：</p> <p>名称姓名： _____</p> <p>地址： _____</p> <p>城市： _____ 州： _____ 邮编： _____</p> <p>联系人： _____</p> <p>电话： _____</p>
---	--

**签字与核实：**

我声明，如果我做虚假陈述，我愿意接受针对假供的法律惩罚，我所做出提供的上述信息就我所知晓和相信而言，是真实和正确的。（故意做出虚假陈述将按照美国民法典 18 U.S.C. 1001条款受到相应的惩罚）我谨此授权披露进行此项调查所需的任何健康医疗方面的资料。

\_\_\_\_\_  
投诉者签名

\_\_\_\_\_  
日期

**公众负担声明**

我们估计填写完成此项投诉表格平均花费的时间为1.28 小时，包括阅读填表须知和查阅现存的有关数据资料， 搜集和保持所需资料，以及完成并复核填写的表格所需的时间。如果您有任何关于这些估计和本投诉表的其他方面的问题的评论，包括减少此项负担的建议，请将您的意见和建议提交给：

The Office of Federal Contracts Compliance Programs Policy Division (1250-0002),  
200 Constitution Ave., N.W. Room C-3325, Washington, D. C. 20210

**注意：请勿将填好的本表格寄交到这个办公室地址。**

请勿在此线以下书写

---

本项投诉由我本人出面完成了核查对证。根据第11246号总统行政命令及其修正案；和1973年康复法案，如其修正案第503条款，和/或1974年越战期间退伍军人补助再调整法案，如其修正案之第38 U.S.C. 4212条款，现将本投诉作为依据，立案开展调查。

_____ 调查员	_____ 姓名	_____ 职务	_____ 头衔	_____ 调查员	_____ 签名	_____ 日	_____ 期
--------------	-------------	-------------	-------------	--------------	-------------	------------	------------