

شكوى التمييز الوظيفي التي قد تشمل مقاولا فيدراليا أو مقاولا من الباطن



لاستخدام OFCCP فقط: رقم الاستعلام ما قبل الشكوى:

1250-0002: OMB

صالح إلى غاية: 2026/30/06

اقرأ التعليمات أدناه قبل إكمال هذا النموذج.

تعليمات

يمكنك تقديم شكوى إلى OFCCP (مكتب برامج الامتثال للعقود الفيدرالية) إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز في العمل، أو في التقدم للحصول على عمل، من قبل شركة تتعامل مع الحكومة الفيدرالية بسبب عرقك، أو لونك، أو دينك، أو جنسك، أو توجهك الجنسي، أو هويتك الجنسية، أو أصلك القومي، أو إعاقة تعاني منها، أو وضعك كمحارب قديم محمي، أو طلب تعويضك أو تعويضات الآخرين أو مناقشته أو الكشف عنه. كما يمكنك تقديم شكوى إذا كنت تعتقد أن صاحب العمل انتقم أو اتخذ إجراء توظيف سلبيًا ضدك لأنك قدمت شكوى أو عارضت أفعالا أو ممارسات تكون غير قانونية من قبل سلطات OFCCP أو ساعدت أو شاركت في تقييم الامتثال أو التحقيق في الشكوى أو إذا كنت تعتقد أن الشركة التي تتعامل مع الحكومة الفيدرالية تنتهك التزامات مقاول OFCCP الأخرى. لا تحتاج إلى أن تعرف على وجه اليقين أن صاحب العمل هو مقاول فيدرالي أو مقاول من الباطن لتقديم شكوى. إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة، فاتصل بمكتب المساعدة OFCCP على 1-800-397-6251.

المواعيد النهائية لتقديم الشكوى

إذا لم تتقدم بشكوى بشأن التمييز خلال الفترات الزمنية المذكورة أدناه، فستفقد حقوقك في المتابعة من خلال OFCCP.

يجب تقديم الشكاوى المتعلقة بأي من العرق أو اللون أو الدين أو الجنس أو الميول الجنسية أو الهوية الجنسية أو الأصل القومي إلى OFCCP في غضون **180 يوما** من الإجراء (الإجراءات) الذي قام به صاحب العمل والذي تعتقد أنه كان تمييزا أو انتقاما.

يجب تقديم الشكاوى التي تدعي التمييز بسبب المناقشة أو الكشف أو الاستفسار حول الأجر إلى OFCCP في غضون **180 يوما** من الإجراء (الإجراءات) الذي قام به صاحب العمل والذي تعتقد أنه كان تمييزا أو انتقاما.

يجب تقديم الشكاوى المتعلقة بإعاقتك أو حالتك كمحارب قديم محمي إلى OFCCP في غضون **300 يوما** من الإجراء (الإجراءات) الذي قام به صاحب العمل والذي تعتقد أنه كان تمييزا أو انتقاما.

ملء هذا النموذج

اطبع أو اكتب المعلومات الموجودة في النموذج. إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر لوصف ما حدث لك، فاستخدم ورقة منفصلة. تذكر إرفاق تلك الورق بالنموذج. **توقيعك مطلوب في نموذج الشكوى، وإذا لم يكن موجودا في النموذج عند تقديمه، فسنطلب منك التوقيع عليه.** إذا فوضت شخصا آخر لتقديم الشكوى نيابة عنك، فإن توقيع ممثلك مطلوب في نموذج الشكوى. إذا كنت تقدم شكوى تتعلق بالتمييز بسبب حالتك كمحارب قديم محمي، فسنطلب منك تقديم شهادة الإفراج أو التفريغ من الخدمة النشطة (المعروفة أيضا باسم نموذج DD 214).

كيف وأين أقدم شكوى؟

لتقديم شكوى إلى OFCCP، أكمل جميع الأقسام في هذا النموذج، ما لم يتم تحديدها على أنها اختيارية. إذا كنت لا تعرف إجابة السؤال، فاكتب "غير معروف". إذا كان السؤال غير قابل للتطبيق، فاكتب "غير متاح".

إذا كنت تقوم بالتسجيل عبر الإنترنت، فاملأ الأماكن الفارغة وانقر فوق إرسال. أما إذا لا ترغب في التسجيل عبر الإنترنت، فأرسل النموذج المكتمل إلى OFCCP عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. أرسل النموذج إلى المكتب الإقليمي OFCCP الذي يغطي الولاية التي وقعت فيها الأحداث. يمكنك أيضا تقديم ملفا شخصيا في مكتب OFCCP. يمكن العثور على قائمة بالمكاتب الإقليمية والولايات التي يغطيها كل مكتب على موقع: <http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm>.

من خلال إكمال هذا النموذج، فإنك تقدم شكوى بشأن التمييز الوظيفي وتؤكد أن صاحب العمل قد مارس التمييز ضدك. بموجب القانون، نحن مطالبون بإخطار صاحب العمل بالشكوى.

هل سبق أن قمت بتقديم استفسار للشكوى إلى OFCCP؟

نعم لا **ملاحظة:** إذا كان لديك أكثر من 60 يوماً لتقديم شكوى في الوقت المناسب، فنحن نشجعك على إرسال استفسار مسبق حول الشكوى قبل تقديم شكوى. وسوف تقوم OFCCP بمراجعة استفسارك لتحديد ما إذا كانت OFCCP هي الوكالة الفيدرالية المناسبة للتعامل مع هذه المسألة.

كيف يمكننا التواصل معك؟

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير): _____
عنوان الحي: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

هل لديك ممثل؟ (اختياري)

إذا كان سيتم تمثيلك من قبل محام أو شخص آخر أو منظمة معينة، فالمرجو تقديم معلومات الاتصال الخاصة بهم:

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير): _____
عنوان الحي: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____
بمن يجب أن نتصل إذا احتجنا إلى مزيد من المعلومات؟ أنت ممثلك _____

ما هو اسم صاحب العمل الذي تعتقد أنه قام بالتمييز ضدك؟

اسم الموظف: _____
عنوان الحي: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم الهاتف: _____
اسم جهة اتصال الموارد البشرية (اختياري): _____ البريد الإلكتروني (اختياري): _____
هل هذا هو نفس المكان الذي حدث فيه التمييز؟ أجل _____ لا _____
إذا كانت الإجابة "لا"، فأين حدث التمييز؟ _____

اكتب التواريخ التي تعتقد أنك تعرضت للتمييز أو الانتقام خلالها.

التواريخ: _____

على أي أساس تعتقد أن صاحب العمل مارس التمييز ضدك؟

حدد كل ما ينطبق عليه الأمر:

<input type="checkbox"/> مناقشة الأجور	<input type="checkbox"/> الجنس (بما في ذلك الحمل)	<input type="checkbox"/> العرق
<input type="checkbox"/> الاستفسار حول الأجور	<input type="checkbox"/> الميول الجنسي	<input type="checkbox"/> الأصل
<input type="checkbox"/> الكشف عن الأجور	<input type="checkbox"/> الهوية الجنسية	<input type="checkbox"/> اللون
<input type="checkbox"/> آخر: _____	<input type="checkbox"/> حالة المحاربين القدامى المحميين	<input type="checkbox"/> الدين
<input type="checkbox"/> آخر: _____	<input type="checkbox"/> الإعاقة	

الانتقام

تقديم شكوى تمييز

الاتصال بوكالة حكومية للشكوى ضد التمييز

تقديم شكوى إلى صاحب العمل بشأن التمييز

المشاركة في تحقيق OFCCP

المشاركة في شكوى شخص آخر بشأن التمييز الوظيفي

آخر: _____

هل قدمت هذا الادعاء المتعلق بالتمييز الوظيفي لدى وكالة فيدرالية أو محلية أخرى (على سبيل المثال، لجنة تكافؤ فرص العمل أو لجنة التوظيف العادل المحلية أو بالولاية أو لجنة حقوق الإنسان)؟

أجل لا لست متأكدًا

إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي الوكالة؟ متى قمت بتقديم الملف؟

اسم جهة الاتصال بالوكالة: رقم الهاتف:

البريد الإلكتروني: رقم القضية (إذا كان معروفًا):

أخبرنا بما حدث

صف حسب ما يلي ما تعتقد أن صاحب العمل فعله أو لم يفعله وتعتقد أنه تسبب في التمييز أو الانتقام، وتجد أدناه:

1. لماذا تعتقد أن هذه الأفعال كانت تستند إلى: العرق؛ اللون؛ الدين؛ الجنس؛ التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية؛ أصل القومي؛ إعاقة؛ و/ أو الاستفسارات حول المناقشات أو الإفصاح عن راتبك أو رواتب الآخرين؛ و/أو انتقامًا لتقديم شكوى، والمشاركة في إجراءات التمييز، ومناهضة التمييز غير القانوني، أو ممارسة أي حقوق أخرى يحميها OFCCP.
2. متى (في أي تواريخ) حدثت تصرفات صاحب العمل، وأين حدثت، ومن شارك فيها.
3. ما الضرر، إن وجد، الذي تعرضت له أنت أو الآخرين بسبب تصرفات صاحب العمل.
4. ما هو التفسير، إن وجد، الذي قدمه صاحب العمل أو الأشخاص الذين يمثلون صاحب العمل لأفعالهم.
5. من كان في نفس وضعك أو في وضع مشابه لك وكيف تم التعامل معه. قم بإضافة معلومات مثل العرق أو اللون أو الدين أو الجنس أو التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو الأصل القومي أو الإعاقة أو حالة المحاربين القدامى المحمية لهؤلاء الأفراد، إذا كانت معروفة.
6. ما هي المعلومات التي لديك حول العقود الفيدرالية التي كانت تمتلكها الشركة وقت الأحداث التي وصفتها في هذه الشكوى.

التوقيع والتحقق

أقر وأتحمل عقوبة الحنث باليمين بأن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وصحيحة على حد علمي أو اعتقادي. أفوض بموجب هذا بالإفصاح عن أي معلومات طبية مطلوبة لهذا التحقيق.

الإمضاء: التاريخ:

بيان قانون الخصوصية

إن جمع المعلومات التي تستخدم هذا النموذج مصرح بها من قبل السلطات القانونية التي يفرضها OFCCP وكذلك بموجب الباب السابع من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 (الباب السابع)، بصيغته المعدلة، والباب الأول من قانون الأمريكيين ذوي الاحتياجات الخاصة لعام 1990 (ADA)، بصيغته المعدلة، والتي تفرضها لجنة تكافؤ فرص العمل الأمريكية (EEOC). يستخدم OFCCP هذه المعلومات لمعالجة الشكاوى وإجراء التحقيقات في شأن هذه الانتهاكات المزعومة لقوانين التمييز في العمل. سوف تقدم OFCCP نسخة من هذه الشكاوى إلى صاحب العمل الذي تم تقديمه ضده. يجوز لـ OFCCP أيضا إحالة هذه الشكاوى إلى الوكالات الأخرى التي قد يكون لها اختصاص، وتقديم نسخة من الشكاوى إلى وكالة الإحالة التي قد يكون لها اختصاص. المعلومات التي تم جمعها قد: (1) يتم التحقق من صحتها مع الآخرين الذين قد يكون لديهم معرفة ذات صلة بالشكاوى؛ (2) تستخدم في مفاوضات التسوية مع صاحب العمل أو في سياق تقديم الأدلة في جلسة استماع؛ أو (3) يتم الإفصاح عنها للجهات الأخرى ذات الاختصاص القضائي للنظر في الشكاوى.

إن تقديم هذه المعلومات يكون طوعيا؛ ومع ذلك، قد يؤدي عدم تقديم هذه المعلومات إلى تأخير أو منع OFCCP من التحقيق في شكاوىك، وبالنسبة للمسائل التي يغطيها الباب السابع أو قانون ADA، فقد يؤثر على حقلك في رفع دعوى بموجب تلك القوانين.

بيان الأعباء العام

الوقت المقدر لملء هذا النموذج هو 15 دقيقة، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات وملء النموذج وإرساله إلى OFCCP. يرجى الأخذ بعين الاعتبار أنك لست مطالباً بالرد على هذه المجموعة من المعلومات ما لم يتم توفير رقم تحكم OMB صالحا حاليا. إذا كانت لديك تعليقات بخصوص العبء المقدر أو أي جانب آخر من نموذج هذا الاستفسار قبل الشكاوى، بما في ذلك اقتراحات لتخفيف ال، فأرسلها إلى قسم سياسة 200 Constitution Avenue, NW, Room C3325, OFCCP (1250-0002)، واشنطن العاصمة 20210. يرجى عدم إرسال نموذج الاستفسار المكتمل إلى هذا العنوان قبل الشكاوى.