



## নিয়োগ বৈষম্যের অভিযোগ – যুক্তরাষ্ট্রীয় চুক্তিকারক ও উপ-চুক্তিকারক অন্তর্ভুক্ত

শুধুমাত্র OFCCP এর ব্যবহারের জন্য। অভিযোগপূর্ব-তদন্তের নম্বর:

OMB: 1250-0002

মেয়াদ শেষের তারিখ: 06/30/2026

এই ফরমটি পূরণের পূর্বে নিম্নের নির্দেশনা গুলো পড়ুন

### নির্দেশনা

আপনাকে নিয়োগ দেবার ক্ষেত্রে বা চাকরির ক্ষেত্রে যুক্তরাষ্ট্রীয় সরকারের সাথে যুক্ত কোন কোম্পানি আপনার সাথে যদি বৈষম্য করে থাকে যার মূল কারণ হচ্ছে আপনার জাতি, বর্ণ, ধর্ম, লিঙ্গ, লিঙ্গ সঙ্গাতা, জাতিগত উৎস, বিকলাঙ্গতা, বা সুরক্ষিত প্রবীণ কর্মী ব্যক্তি হবার কারণে অথবা আপনার বা অন্য কারো ক্ষতিপূরণের ব্যাপারে আলোচনা, তা প্রকাশের কারণে, তবে আপনি OFCCP তে একটি অভিযোগ দাখিল করতে পারেন। এছাড়াও আপনি যদি মনে করেন কোম্পানি OFCCP চুক্তিকারক বাধ্যবাধকতার নিয়মের বাইরে গিয়ে কোন যুক্তরাষ্ট্রীয় সরকারের সাথে কাজ করছে অথবা আপনি তাদের বিরুদ্ধে এর পূর্বে কোন অভিযোগ দাখিল করেছেন বলে আপনার ব্যাপারে তারা প্রতিশোধ নিচ্ছে বা চাকরির ক্ষেত্রে কোন নেতিবাচক অবস্থার সৃষ্টি করছে অথবা OFCCP কর্তৃপক্ষের বিপরীতে যায় এমন কাজ করছে, বা কোন অভিযোগ তদন্তে বা মূল্যায়নে তারা সহযোগিতা বা অংশগ্রহণ করেছে তবেও আপনি একটি অভিযোগ দাখিল করতে পারেন। অভিযোগ দাখিল করতে আপনার এটা জানার প্রয়োজন নেই যে তারা যুক্তরাষ্ট্রীয় কন্ট্রাক্টর বা সাবকন্ট্রাক্টর কিনা। আপনার কোন প্রশ্ন থাকলে বা এ ব্যাপারে কোন প্রকার সহায়তার প্রয়োজন হলে OFCCP এর হেল্পডেস্ক 1-800-397-6251 এ যোগাযোগ করুন।

### অভিযোগ দাখিলের সর্বশেষ তারিখ

নিচে উল্লিখিত সময়ের মধ্যে আপনি যদি অভিযোগ দাখিল না করে থাকেন তবে আপনি OFCCP এর মাধ্যমে এগোনোর ক্ষেত্রে আপনার অধিকার হারাবেন।

আপনার জাতি, বর্ণ, ধর্ম, লিঙ্গ, লিঙ্গ সঙ্গাতা বা জাতিগত উৎস এর উপর ভিত্তি করে আপনার সাথে যে বৈষম্য করা হয়েছে বা আপনি ভাবছেন আপনার সাথে বৈষম্য করা হয়েছে বা আপনার উপর কোন কারণে এরকম প্রতিশোধপরায়ণ হয়েছে, এরকম যদি হয়ে থাকে তবে এই ঘটনা ঘটনার **180 দিনের** মধ্যে আপনাকে অভিযোগটি দাখিল করতে হবে।

বেতনের ব্যাপারে আলোচনা, তা প্রকাশ বা বেতনের সম্পর্কে জানার জন্য আপনার সাথে বৈষম্য করা হয়েছে বা আপনি ভাবছেন আপনার সাথে বৈষম্য করা হয়েছে বা আপনার উপর এর কারণে এরকম প্রতিশোধপরায়ণ হয়েছে, এরকম যদি হয়ে থাকে তবে উক্ত ঘটনা ঘটনার **180 দিনের** মধ্যে আপনাকে অভিযোগটি দাখিল করতে হবে।

বিকলাঙ্গতা, বা সুরক্ষিত প্রবীণ কর্মী ব্যক্তি হবার কারণে যে বৈষম্য করা হয়েছে বা আপনি ভাবছেন আপনার সাথে বৈষম্য করা হয়েছে বা আপনার উপর এর কারণে এরকম প্রতিশোধপরায়ণ হয়েছে, এরকম যদি হয়ে থাকে তবে উক্ত ঘটনা ঘটনার **300 দিনের** মধ্যে আপনাকে অভিযোগটি দাখিল করতে হবে।

### এই ফরমটি পূরণ করতে হবে

এই ফরমে থাকা তথ্যগুলো প্রিন্ট করুন বা টাইপ করে দিন। আপনার যদি মনে হয় আপনার সাথে যা ঘটেছে তা বর্ণনা করার জন্য আরো জায়গা দরকার তবে অন্য একটি অতিরিক্ত পাতা নিয়ে আপনি সেখানে সেটা লিখে দিয়ে এই ফরমের সাথে সেটি যুক্ত করে দিতে পারেন। **ফরমে অবশ্যই আপনার স্বাক্ষর থাকতে হবে, যদি না থাকে তবে জমা দানের সময় আমরা আপনাকে স্বাক্ষর করে দিতে বলব।** আপনার পক্ষ থেকে অন্য কাউকে যদি অভিযোগটি দাখিল করতে বলেন তবে সেই ব্যক্তির স্বাক্ষরের প্রয়োজন হবে। সুরক্ষিত প্রবীণ কর্মী ব্যক্তি হবার কারণে আপনার সাথে বৈষম্য করা হয়েছে এই নিমিত্তে আপনি অভিযোগ দাখিল করলে আমরা আপনার নিকট হইতে আপনার সক্রিয় দায়িত্ব হতে অবসরের সার্টিফিকেট টি চাইব (DD ফরম 214 নামে পরিচিত)।

### কোথায় এবং কিভাবে আমি একটি অভিযোগ দাখিল করতে পারি?

OFCCP তে অভিযোগ দাখিল করতে এই ফরমের সবগুলো সেকশন পূরণ করুন যদিনা সেটা ব্রিঙ্ক হিসেবে চিহ্নিত করা থাকে। যদি কোন প্রশ্নের উত্তর আপনার জানা না থাকে তবে “জানা নেই” লিখে দিন। কোন প্রশ্ন যদি আপনার ক্ষেত্রে প্রয়োগযোগ্য না হয় তবে “N/A” লিখে দিন।

আপনি যদি অনলাইনে অভিযোগটি দাখিল করতে চান তবে সকল ক্ষেত্রগুলো পূরণ করে “দাখিল” এ ক্লিক করুন। অনলাইনে না করতে চাইলে ফরম পূরণ করে OFCCP এর ডাকে, ফ্যাক্স, বা ইমেইলে পাঠাতে পারেন। ঘটনাটি যে রাজ্যে ঘটেছে আপনি সে রাজ্যের OFCCP এর আঞ্চলিক অফিসে অভিযোগটি দাখিল করতে পারেন। চাইলে নিজে এসেও হাতে হাতে OFCCP এর অফিসে অভিযোগটি দাখিল করে যেতে পারেন। আঞ্চলিক অফিসের লিস্টটি এখানে দেয়া হল- [OFCCP website](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm):

(<http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm>)

এই ফরমটি পূরণ করার মাধ্যমে আপনি অভিযোগ দায়ের করছেন যে আপনার প্রতি চাকরির ক্ষেত্রে বৈষম্য করা হয়েছে। আইন অনুযায়ী আমরা নিয়োগকর্তাকে এই অভিযোগটি সম্পর্কে জানাব।

### আপনি কি OFCCP তে অভিযোগ-পূর্ব তদন্ত দাখিল করেছেন?

হ্যা  না

**বিঃদ্র:** If মূল অভিযোগ দাখিলের পূর্বে আপনার নিকট যদি 60 দিনের বেশি সময় থেকে থাকে তবে আমরা চাইব আপনি OFCCP এর নিকট একটি অভিযোগ-পূর্ব তদন্তের অনুরোধ করেন। OFCCP আপনার সে অনুরোধটি পর্যালোচনা করে দেখবে যে উক্ত বিষয়টি পরিচালনা করার জন্য OFCCP ই অধিক উত্তম যুক্তরাষ্ট্রীয় এজেন্সি কিনা।

## আমরা কিভাবে আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারি?

নাম (প্রথমাংশ, মাতৃর অংশ, শেষের অংশ): \_\_\_\_\_

সড়কের ঠিকানা : \_\_\_\_\_

শহর : \_\_\_\_\_ রাজ্য : \_\_\_\_\_ Zip কোড : \_\_\_\_\_

টেলিফোন নম্বর : \_\_\_\_\_ ইমেইল : \_\_\_\_\_

## আপনার কোন প্রতিনিধি আছে? (ঐচ্ছিক)

কোন একজন আইনজীবী, অন্য কোন ব্যক্তি, বা কোন সংস্থা আপনার প্রতিনিধি হিসেবে কাজ করলে এখানে তার সাথে যোগাযোগের তথ্য সরবরাহ করুন:

নাম (প্রথমাংশ, মাতৃর অংশ, শেষের অংশ): \_\_\_\_\_

সড়কের ঠিকানা : \_\_\_\_\_

শহর : \_\_\_\_\_ রাজ্য : \_\_\_\_\_ Zip কোড : \_\_\_\_\_

টেলিফোন নম্বর : \_\_\_\_\_ ইমেইল : \_\_\_\_\_

তথ্যের দরকার হলে আমরা কার সাথে যোগাযোগ করব? \_\_\_\_\_ আপনি \_\_\_\_\_ আপনার প্রতিনিধি

## যে নিয়োগকর্তা আপনার সাথে বৈষম্য করেছেন বলে আপনি মনে করছেন তার নাম কি?

নিয়োগকর্তার নাম: \_\_\_\_\_

সড়কের ঠিকানা : \_\_\_\_\_

শহর : \_\_\_\_\_ রাজ্য : \_\_\_\_\_ Zip কোড : \_\_\_\_\_

টেলিফোন নম্বর : \_\_\_\_\_

মানব সম্পদ যোগাযোগ নাম (ঐচ্ছিক): \_\_\_\_\_ ইমেইল (ঐচ্ছিক): \_\_\_\_\_

এটাই কি সেই স্থান যেখানে বৈষম্য ঘটেছিল? \_\_\_\_\_ হ্যাঁ \_\_\_\_\_ না

উত্তর যদি “না” হয়ে থাকে তবে এটি কোথায় ঘটেছিল? \_\_\_\_\_

## যে তারিখে আপনার সাথে বৈষম্য বা আপনার প্রতি প্রতিশোধপরায়ণ ব্যবহার করা হয়েছে তা প্রদান করুন

তারিখ(তারিখসমূহ): \_\_\_\_\_

## কিসের উপর ভিত্তি করে আপনার সাথে বৈষম্য করা হয়েছে বলে আপনি মনে করেন?

প্রয়োগযোগ্য সবগুলোতে টিক দিন:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> জাতি                           | <input type="checkbox"/> সুরক্ষিত প্রবীণ কর্মী পদমর্যাদা | <input type="checkbox"/> বৈষম্যের অভিযোগ দাখিল করছি                                       |
| <input type="checkbox"/> জাতিগত উৎস                     | <input type="checkbox"/> বিকলাঙ্গতা                      | <input type="checkbox"/> বৈষম্যের অভিযোগ করার জন্য সরকারি একটি এজেন্সির সাথে যোগাযোগ করছি |
| <input type="checkbox"/> বর্ণ                           | <input type="checkbox"/> বেতন নিয়ে আলোচনা               | <input type="checkbox"/> বৈষম্যের ব্যাপারে অভিযোগের জন্য নিয়োগকর্তার সাথে যোগাযোগ করছি   |
| <input type="checkbox"/> ধর্ম                           | <input type="checkbox"/> বেতন সম্পর্কে তদন্ত             | <input type="checkbox"/> OFCCP তদন্তে অংশগ্রহণ করছি                                       |
| <input type="checkbox"/> লিঙ্গ (গর্ভাবস্থা অন্তর্ভুক্ত) | <input type="checkbox"/> বেতন প্রকাশ করা                 | <input type="checkbox"/> চাকরিতে বৈষম্যের ব্যাপারে অন্য একজনের অভিযোগে অংশগ্রহণ করছি      |
| <input type="checkbox"/> লিঙ্গ সনাক্ততা                 | <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____                 | <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____  |
| <input type="checkbox"/> লিঙ্গ পরিচিতি                  | <input type="checkbox"/> প্রতিশোধপরায়ণতা                |   |

অন্য কোন যুক্তরাষ্ট্রীয় বা সরকারি এজেন্সির সাথে এই বৈষম্যের ব্যাপারে কি আপনি অভিযোগ দাখিল করেছেন (যেমন- চাকরিতে সমান সুযোগ পাওয়ার কমিশন অথবা রাজ্য বা আঞ্চলিক ন্যায্য চাকরি পাওয়ার বা মানবাধিকার পাওয়ার কমিশন)?

হ্যা  না  আমি নিশ্চিত না

যদি হ্যা হয়ে থাকে তবে কোন এজেন্সি? \_\_\_\_\_ কখন/কবে অভিযোগ করেছেন? \_\_\_\_\_

এজেন্সির যোগাযোগ নম্বর: \_\_\_\_\_ ফোন নম্বর: \_\_\_\_\_

ইমেইল: \_\_\_\_\_ কেস নম্বর (যদি জানা থাকে): \_\_\_\_\_

## কী ঘটেছে আমাদেরকে বলুন

নিয়োগকর্তা আপনার সাথে এমন কী ব্যবহার করেছে বা করেনি যার জন্য আপনি মনে করছেন তিনি আপনার সাথে বৈষম্য করেছেন – নিম্নে বর্ণনা করুন, এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে:

1. আপনি কেন মনে করছেন যে তার উক্ত ব্যবহার আপনার জাতি, বর্ণ, ধর্ম, লিঙ্গ, লিঙ্গ সশক্ততা, জাতিগত উৎস, বিকলাঙ্গতা, বা সুরক্ষিত প্রবীণ কর্মী ব্যক্তি হবার কারণে অথবা আপনার বা অন্য কারো ক্ষতিপূরণের ব্যাপারে আলোচনা, তা প্রকাশের কারণে, বা আপনি তাদের ব্যাপারে পূর্বে কোন অভিযোগ দাখিল করার কারণে, অবৈধ বৈষম্যের কারণে প্রতিহিংসাপরায়ণ হয়ে, বা OFCCP কর্তৃক সংরক্ষিত যেকোন প্রকার অধিকার অনুশীলন করার কারণে করা হয়েছে?
2. এটি কখন(কোন তারিখে) সংঘটিত হয়েছে, কোথায় সংঘটিত হয়েছে এবং কারা কারা এর সাথে যুক্ত ছিল?
3. নিয়োগকর্তার এহেন আচরণের কারণে আপনি বা অন্য কে কে এর দ্বারা ক্ষতিগ্রস্ত হয়েছে?
4. নিয়োগকর্তা এ ব্যাপারে কোন ব্যাখ্যা দিয়েছে কিনা, দিয়ে থাকলে সে ব্যাখ্যাটি কেমন?
5. অন্য আর কে আপনার মত এমন অবস্থায় পড়েছিল এবং তাদের জাতি, বর্ণ, ধর্ম, লিঙ্গ, লিঙ্গ সশক্ততা, জাতিগত উৎস, বিকলাঙ্গতা, বা সুরক্ষিত প্রবীণ কর্মী পদমর্যাদার উপর ভিত্তি করে তাদের সাথে কেমন আচরণ করা হয়েছিল, যদি জানা থাকে আরকি?
6. এই ঘটনা ঘটার সময়ে যুক্তরাষ্ট্রীয় চুক্তিকারক কোম্পানির সাথে কেমন ধরনের চুক্তি বহাল ছিল?

## স্বাক্ষর ও সত্যপ্রতিপাদন

মিথ্যা হলেফের জরিমানা সম্পর্কে অবগত থেকে আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে উপরে আমি যে তথ্য দিয়েছি তা সম্পূর্ণ সত্য এবং আমার জানা মতে বা আমার মত অনুযায়ী সম্পূর্ণ সঠিক। এই তদন্তের স্বার্থে যেকোন প্রকার মেডিকেল প্রকাশের জন্য আমি এতদ্বারা অনুমোদন প্রদান করছি।

স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_

## গোপনীয়তার আইনের বিবৃতি

সংশোধিত 1964 এর সিভিল রাইটস এক্ট (টাইটেল VII) দ্বারা অনুমোদিত যে এই ফর্ম ব্যবহার করে যেসব তথ্য দেয়া হয়েছে তা OFCCP এর বৈধ কর্তৃপক্ষ কর্তৃক অনুমোদিত হবে এবং সংশোধিত আমেরিকান ডিজ্যাবিলিটিস এক্ট 1990 (ADA) এর টাইটেল I অনুযায়ী যা আমেরিকার ইকুয়াল ইমপ্লয়মেন্ট অপারচুনিটি কমিশন (EEOC) দ্বারা বলবৎকৃত – এটি দ্বারাও অনুমোদিত হবে। অভিযোগের এই তথ্যসমূহ ব্যবহার করে OFCCP চাকরিতে বৈষম্যের আইন ভঙ্গকারীদের বিরুদ্ধে তদন্ত পরিচালনা করে থাকে। যে নিয়োগকর্তার বিরুদ্ধে এই অভিযোগ দায়ের করা হয়েছে OFCCP তাকেও পূরণোক্ত এই ফর্মের একটি কপি প্রেরণ করবে। অন্য কোন সরকারী এজেন্সি যারা এই অভিযোগের ব্যাপারে কাজ করে থাকে এরকম কোন এজেন্সি পাওয়া গেলে OFCCP তাদের নিকট এর একটি কপি হস্তান্তর করবে। সংগ্রহকৃত এই তথ্য: 1) এই অভিযোগের সাথে সম্পর্কিত কারো সাথে কথা বলে যাচাইকরণ করে নেয়া হতে পারে; 2)

নিষ্পত্তিকরণের জন্য নিয়োগকর্তার সাথে আলাপ-আলোচনার জন্য বা কোর্টের হিয়ারিং এ প্রমাণ হিসেবে উপস্থাপনের জন্য ব্যবহৃত হতে পারে; বা 3) এই ধরনের অভিযোগ নিয়ে কাজ করে এমন এজেন্সির নিকট ব্যাপারটি প্রকাশ করা হতে পারে।

এই তথ্যগুলো সরবরাহ করা ইচ্ছামূলক, তবে এই তথ্যগুলো সরবরাহ না করা হলে OFCCP এর তদন্তের ক্ষেত্রে দেরী হতে পারে বা ক্ষেত্রবিশেষে তদন্ত নাও হতে পারে। টাইটেল VII বা ADA এর অন্তর্ভুক্ত আপনার অভিযোগের ব্যাপারটি এই আইনের অধীনে মামলা করার ব্যাপারে আপনার অধিকারের উপর প্রভাব ফেলতে পারে।

## জনসাধারণের দায়ভারের বিবৃতি

এই ফরমটি সম্পন্ন করার সময় 1 ঘন্টা। এর মধ্যেই নির্দেশনা পর্যালোচনা, ফরমটি পূরণ করা, এবং OFCCP এর নিকট পাঠানোর কাজ সম্পন্ন করতে হবে। দয়া করে খেয়াল করুন যে যদি না এটি সাম্প্রতিক বৈধ OMB নিয়ন্ত্রণ নম্বর প্রদর্শন না করে তবে এই তথ্যের সংগ্রহের কোন কিছুতে আপনি সাড়া দান করবেন না।

আনুমানিক দায়ভার বা এই অভিযোগ ফর্মের অন্য যেকোন ক্ষেত্র যার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে দায়ভার কমানো, ইত্যাদি সম্পর্কিত কোন মন্তব্য যদি আপনার থেকে থাকে তবে OFCCP Policy Division (1250-0002), 200 Constitution Avenue, N.W., Room C3325, Washington, D.C. 20210 তে সেগুলো পাঠিয়ে দিন। পূরণকৃত অভিযোগ ফর্ম দয়া করে এই ঠিকানায় পাঠাবেন না।