



شکایت تبعیض شغلی که شامل پیمانکار فدرال یا پیمانکار فرعی فدرال است

صرفاً جهت استفاده OFCCP: شماره درخواست پیش شکایت:

OMB:1250-0002

تاریخ انقضا: 06/30/2026

پیش از تکمیل این فرم، راهنما را بخوانید.

راهنما

اگر فکر می‌کنید، در کار یا تقاضا برای کار، از طرف شرکتی که با دولت فدرال کار می‌کند به خاطر نژاد، رنگ پوست، دین، جنسیت، گرایش جنسی، هویت جنسی، کشور زادگاه، معلولیت، کهنه‌سرباز بودن و یا سؤال کردن یا صحبت کردن درباره‌ی حقوق پرداختی خودتان یا دیگران یا اعلام آن، قربانی تبعیض شده‌اید، می‌توانید به OFCCP شکایت کنید. همچنین اگر معتقدید که کارفرما به دلیل طرح شکایت از جانب شما، مخالفتتان با اقدامات و شیوه‌هایی که از منظر مقامات OFCCP غیرقانونی است، یا مشارکت و کمک شما در ارزیابی انطباق یا تحقیقات شکایت، اقدام تلافی‌جویانه یا اقدام شغلی منفی علیه‌تان انجام داده است یا اگر فکر می‌کنید شرکتی که با دولت فدرال کار می‌کند، سایر تعهدات پیمانکاری OFCCP را نقض کرده است، می‌توانید شکایت خود طرح کنید. برای ثبت شکایت، نیاز نیست با قطعیت بدانید که کارفرما پیمانکار فدرال است یا پیمانکار فرعی فدرال. اگر سؤالی دارید یا کمک نیاز دارید، با مرکز پشتیبانی OFCCP به شماره ۱-۸۰۰-۳۹۷-۶۲۵۱ تماس بگیرید.

مهلت‌های ثبت شکایت

اگر در موعود مقرر ذیل شکایت تبعیض را طرح نکنید، حق خود را برای ادامه فرایند دادرسی از طریق OFCCP از دست خواهید داد.

شکایاتی که بر اساس نژاد، رنگ پوست، دین، جنسیت، گرایش جنسی، هویت جنسی یا کشور زادگاه‌تان مطرح می‌کنید باید ظرف مدت **۱۸۰ روز** پس از اقدام یا اقدامات کارفرما، که از نظر شما مصداق تبعیض یا تلافی است، تسلیم OFCCP شوند.

شکایات مبتنی بر تبعیض به دلیل حرف زدن، اعلام یا سؤال کردن در مورد حقوق باید ظرف **۱۸۰ روز** پس از اقدام یا اقدامات کارفرما، که به اعتقاد شما تبعیض یا تلافی‌جویانه بوده است در OFCCP طرح شوند.

شکایاتی که بر اساس معلولیت یا کهنه‌سرباز تحت حمایت بودن‌تان مطرح می‌کنید باید ظرف مدت **۳۰۰ روز** پس از اقدام یا اقدامات کارفرما، که از نظر شما مصداق تبعیض یا تلافی است، تسلیم OFCCP شوند.

تکمیل این فرم

اطلاعات را در فرم تایپ یا چاپ کنید. اگر برای شرح آنچه رخ داده به فضای بیشتری نیاز دارید، از برگه اضافه استفاده کنید. به خاطر داشته باشید که این برگه اضافه را به فرم الصاق کنید. **باید شکایت‌نامه را امضا کرده باشید، و اگر فرمی که ارسال می‌کنید امضا نشده باشد، بعداً امضای‌تان را خواهیم گرفت.** اگر نماینده‌ی مجازی تعیین کرده‌اید که از طرف شما شکایت کند، نماینده‌تان باید فرم شکایت را امضا کند. اگر به خاطر وضعیت خود به عنوان کهنه‌سرباز تحت حمایت قربانی تبعیض شده‌اید و قصد دارید در این باره شکایت کنید، از شما خواهیم خواست که «گواهی پایان خدمت یا ترخیص‌تان از خدمت تمام‌وقت» را، که «DD Form 214» هم نامیده می‌شود، ارائه کنید.

چگونه و کجا شکایت را طرح کنم؟

برای شکایت نزد OFCCP، همه قسمت‌های این فرم را تکمیل کنید، مگر قسمت‌های اختیاری. اگر پاسخ به سؤالی را نمی‌دانید، بنویسید «عدم اطلاع». اگر سؤال در مورد شما صدق نمی‌کند، بنویسید «غیر قابل اطلاق».

اگر فرم را به صورت آنلاین تکمیل می‌کنید، ورودی‌ها را پر کنید و دکمه ارسال را بزنید. اگر فرم را به صورت آنلاین پر نمی‌کنید، از طریق پست، فکس، یا ایمیل، فرم کامل‌شده را برای OFCCP ارسال کنید. فرم را به دفتر محلی OFCCP که پوشش‌دهنده ایالتی است که اتفاقات در آن رخ داده ارسال کنید. همچنین می‌توانید با مراجعه حضوری به دفتر OFCCP شکایت خود را طرح کنید. فهرست دفاتر منطقه و ایالات تحت پوشش هر دفتر در [وبسایت OFCCP](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm) آورده شده است.

با کامل کردن این فرم، شکایت تبعیض شغلی را طرح و تأکید می‌کنید که مورد تبعیض کارفرمای خود واقع شده‌اید. به لحاظ قانونی، ما باید کارفرما را از شکایت طرح‌شده مطلع کنیم.

آیا درخواست پیش‌شکایت را در OFCCP ثبت کرده‌اید؟

بله خیر **توجه:** اگر بیش از ۶۰ روز برای طرح به‌موقع شکایت فرصت دارید، توصیه می‌کنیم قبل از طرح شکایت، درخواست پیش‌شکایت را تسلیم کنید. OFCCP درخواست شما را بررسی خواهد کرد تا مشخص کند آیا OFCCP، جهت رسیدگی به موضوع سازمان مناسبی است یا خیر.

چطور می‌توانیم با شما تماس بگیریم؟

نام (نام کوچک، نام میانی و نام خانوادگی): _____
نشانی پستی: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کدپستی: _____
شماره‌ی تلفن: _____ ایمیل: _____

آیا نماینده‌ای در اختیار دارید؟ (اختیاری)

اگر وکیل، فرد یا سازمان دیگری نماینده‌تان است، اطلاعات تماس‌شان را ارائه دهید:
نام (نام کوچک، نام میانی و نام خانوادگی): _____
نشانی پستی: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کدپستی: _____
شماره‌ی تلفن: _____ ایمیل: _____
چنانچه به اطلاعات بیشتری نیاز داشتیم، با چه کسی باید تماس بگیریم؟ _____ شما _____ نماینده‌تان

نام کارفرمایی که معتقدید علیه‌تان مرتکب تبعیض شده است چیست؟

نام کارفرما: _____
نشانی پستی: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کدپستی: _____
شماره‌ی تلفن: _____
نام رابط منابع انسانی (اختیاری): _____ ایمیل (اختیاری): _____
آیا تبعیض نیز در همین مکان اتفاق افتاد؟ _____ بله _____ خیر
اگر خیر، کجا اتفاق افتاد؟ _____

تاریخ‌های تبعیض یا تلافی ادعایی‌تان را ذکر کنید.

تاریخ(ها): _____

بر چه مبنایی معتقدید که مورد تبعیض کارفرما قرار گرفتید؟

- همه موارد قابل اطلاق را علامت بزنید:
- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> تلافی | <input type="checkbox"/> سایر موارد: _____ | <input type="checkbox"/> هویت جنسی | <input type="checkbox"/> نژاد |
| <input type="checkbox"/> شکایت علیه تبعیض | <input type="checkbox"/> تماس با یک سازمان دولتی برای شکایت علیه تبعیض | <input type="checkbox"/> کهنه‌سرباز تحت حمایت بودن | <input type="checkbox"/> کشور زادگاه |
| <input type="checkbox"/> شکایت به کارفرما درباره تبعیض | <input type="checkbox"/> مشارکت در تحقیقات OFCCP | <input type="checkbox"/> معلولیت | <input type="checkbox"/> رنگ پوست |
| <input type="checkbox"/> مشارکت در شکایت فردی دیگر درباره تبعیض شغلی | <input type="checkbox"/> سایر: _____ | <input type="checkbox"/> بحث درباره حقوق | <input type="checkbox"/> دین |
| | | <input type="checkbox"/> پرسش درباره حقوق | <input type="checkbox"/> جنسیت (شامل بارداری) |
| | | <input type="checkbox"/> اعلام حقوق | <input type="checkbox"/> گرایش جنسی |

آیا این اتهام تبعیض شغلی را در سازمان فدرال یا محلی دیگر طرح کرده‌اید (مثلاً: کمیسیون فرصت‌های شغلی برابر یا کمیسیون ایالتی یا محلی اشتغال عادلانه یا حقوق بشر)؟

بله خیر مطمئن نیستم

اگر بله، کدام سازمان؟ _____ چه زمانی طرح کردید؟ _____

نام رابط سازمان: _____ شماره‌ی تلفن: _____

ایمیل: _____ شماره پرونده (در صورت اطلاع): _____

به ما بگویید که چه اتفاقی رخ داد

در ادامه توضیح دهید که کارفرمای تان چه کارهایی کرده یا نکرده است که از نظرتان به منزله‌ی تبعیض یا تلافی بوده است:

1. چرا فکر می‌کنید این اقدامات به خاطر نژاد، رنگ پوست، دین، جنسیت، گرایش جنسی، هویت جنسی، کشور زادگاه، معلولیت، کهنه‌سرباز بودن و یا سؤال از یا بحث درباره‌ی حقوق پرداختی خودتان یا دیگران یا اعلام آن و یا به خاطر طرح شکایت، شرکت در دادرسی‌های ضد تبعیض، مخالفت با تبعیض غیرقانونی یا استفاده از سایر حقوق تحت حمایت OFCCP بوده است؟
2. اقدامات کارفرما چه وقت (در چه تاریخ‌هایی) و کجا و با مشارکت چه کسانی رخ داده است؟
3. آیا شما یا دیگران بر اثر اقدامات کارفرما لطمه دیدید، و در صورت مثبت بودن پاسخ، چه نوع لطمه‌ای؟
4. کارفرما یا نمایندگان وی چه توضیحاتی را، در صورت وجود، در خصوص اقدامات‌شان مطرح کرده‌اند؟
5. با کسانی که جایگاه یکسان یا مشابه با شما داشته‌اند چطور رفتار شده است؟ در صورت اطلاع، اطلاعاتی مانند نژاد، رنگ پوست، دین، جنسیت، گرایش جنسی، هویت جنسی، کشور زادگاه، معلولیت یا کهنه‌سرباز تحت حمایت بودن این افراد را ذکر کنید.
6. چه اطلاعاتی در مورد قراردادهای فدرال شرکتی دارید که در شکایت خود به آن اشاره کردید؟

امضا و تصدیق

اینجانب، با آگاهی از مجازات سوگند دروغ، اعلام می‌کنم که اطلاعات ذکر شده در بالا، طبق اطلاعات یا به اعتقاد من، صحیح و درست است. بدین وسیله، با انتشار هرگونه اطلاعات پزشکی لازم برای تحقیقات این پرونده موافقت می‌کنم.

امضا: _____ تاریخ: _____

بیانیه‌ی قانون حریم خصوصی

جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از این فرم مطابق مراجع قانونی که OFCCP مجری‌شان است، و همچنین «عنوان هفت قانون حقوق مدنی مصوب ۱۹۶۴» و اصلاحیه‌های آن (عنوان هفت) و «عنوان یک از قانون آمریکایی‌های دچار معلولیت مصوب ۱۹۹۰» (ADA) و اصلاحیه‌های آن مجاز می‌باشد، که کمیسیون فرصت‌های استخدامی برابر ایالات متحده (EEOC) مجری‌شان است، مجاز می‌باشد. OFCCP از این اطلاعات برای رسیدگی به شکایات و انجام تحقیقات درباره‌ی موارد نقض ادعایی قوانین تبعیض در استخدام استفاده می‌کند. OFCCP یک نسخه از این شکایت را در اختیار کارفرمایی که علیه وی شکایت طرح کرده‌اید قرار خواهد داد. همچنین ممکن است OFCCP این شکایت را به سایر سازمان‌هایی که صلاحیت دارند ارجاع دهد، و همچنین یک نسخه را در اختیار سازمان ارجاعی دارای صلاحیت قرار دهد. اطلاعات گردآوری شده احتمالاً: (۱) به کمک افراد دیگری که احتمالاً اطلاعاتی در خصوص شکایت دارند صحت‌سنجی می‌شود؛ (۲) در مذاکرات حل اختلاف با کارفرما یا طی ارائه‌ی شواهد در جلسات استماع استفاده می‌شود؛ یا (۳) در اختیار سایر سازمان‌های واجد صلاحیت برای رسیدگی به شکایت قرار می‌گیرد.

ارائه‌ی این اطلاعات داوطلبانه است؛ با این حال، ارائه‌نکردن اطلاعات ممکن است تحقیقات OFCCP درباره‌ی شکایت‌تان را دچار تأخیر یا مانع بکند و، در خصوص موضوعات تحت پوشش «عنوان هفت» یا ADA، ممکن است حق‌تان برای پیگرد قانونی وفق این قوانین را تحت تأثیر قرار بدهد.

بیانیه‌ی تحمیل عمومی

تکمیل این فرم، شامل زمان لازم برای بازبینی راهنما، پرکردن فرم و ارسال آن به OFCCP حدوداً ۱ ساعت طول می‌کشد. لطفاً توجه کنید که ملزم به پاسخگویی به این فرآیند گردآوری اطلاعات نیستید، مگر آنکه «شماره‌ی کنترل OMB» معتبری نمایش داده شود.

اگر درباره‌ی هزینه‌ی تقریبی یا سایر جنبه‌های این فرم نظر یا پیشنهادی برای کاهش هزینه دارید، آنها را به «OFCCP Policy Division (1250-0002)» ارسال نکنید. لطفاً، فرم شکایت تکمیل شده را به این نشانی ارسال نکنید.