



## Plainte pour discrimination en matière d'emploi impliquant un contractant ou un sous-traitant fédéral

Réservé à l'OFCCP : Numéro de l'enquête préalable à la plainte :

OMB : 1250-0002

Expiration : 06/30/2026

Lisez les instructions ci-dessous avant de remplir ce formulaire.

### Instructions

Vous pouvez déposer une plainte auprès de l'OFCCP si vous pensez avoir fait l'objet d'une discrimination en matière d'emploi ou de candidature à un emploi de la part d'une entreprise faisant affaire avec le gouvernement fédéral en raison de votre race, de votre couleur, de votre religion, de votre sexe, de votre orientation sexuelle, de votre identité de genre, de votre origine nationale, de votre handicap, de votre statut d'ancien combattant protégé, ou pour avoir posé des questions sur votre rémunération ou celle d'autres personnes, en avoir discuté ou l'avoir divulguée. Vous pouvez également déposer une plainte si vous pensez que l'employeur a exercé des représailles ou pris des mesures négatives à votre encontre parce que vous avez déposé une plainte, que vous vous êtes opposé à des actes ou à des pratiques rendus illégaux par les autorités de l'OFCCP, que vous avez aidé ou participé à une évaluation de la conformité ou à une enquête sur une plainte, ou si vous pensez qu'une entreprise faisant affaire avec le gouvernement fédéral enfreint d'autres obligations contractuelles de l'OFCCP. Il n'est pas nécessaire de savoir avec certitude que l'employeur est un contractant ou un sous-traitant fédéral pour déposer une plainte. Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide, contactez le service d'assistance de l'OFCCP au 1-800-397-6251.

#### Délais de dépôt d'une plainte

Si vous ne déposez pas de plainte pour discrimination dans les délais indiqués ci-dessous, vous perdrez vos droits de recours auprès de l'OFCCP.

Les plaintes fondées sur la race, la couleur, la religion, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou l'origine nationale doivent être déposées auprès de l'OFCCP dans les **180 jours** suivant la ou les mesures prises par l'employeur que vous considérez comme une discrimination ou des représailles.

Les plaintes alléguant une discrimination pour avoir discuté, divulgué ou demandé des informations sur la rémunération doivent être déposées auprès de l'OFCCP dans les **180 jours** suivant la ou les mesures prises par l'employeur que vous considérez comme une discrimination ou des représailles.

Les plaintes fondées sur votre handicap ou votre statut d'ancien combattant protégé doivent être déposées auprès de l'OFCCP dans les **300 jours** suivant la ou les mesures prises par l'employeur que vous considérez comme une discrimination ou des représailles.

#### Remplir ce formulaire

Écrivez en lettres moulées ou dactylographiez les informations figurant sur le formulaire. Si vous avez besoin de plus d'espace pour décrire ce qui vous est arrivé, utilisez une feuille séparée. N'oubliez pas de joindre cette feuille au formulaire. **Votre signature est requise sur le formulaire de plainte. Si elle ne figure pas sur le formulaire au moment où vous l'envoyez, nous vous demanderons de la signer.** Si vous avez autorisé une autre personne à déposer la plainte en votre nom, la signature de votre représentant est requise sur le formulaire de plainte. Si vous déposez une plainte pour discrimination en raison de votre statut d'ancien combattant protégé, nous vous demanderons de fournir votre certificat de libération ou de décharge du service actif (également connu sous le nom de formulaire DD 214).

#### Comment et où déposer une plainte ?

Pour déposer une plainte auprès de l'OFCCP, remplissez toutes les sections de ce formulaire, sauf si elles sont indiquées comme étant facultatives. Si vous ne connaissez pas la réponse à une question, inscrivez "not known". Si une question est sans objet, inscrivez "N/A".

Si vous déposez votre demande en ligne, remplissez les champs et cliquez sur Submit. Si vous ne déposez pas votre demande en ligne, envoyez le formulaire complété à l'OFCCP par courrier, par télécopie ou par courrier électronique. Envoyez le formulaire au bureau régional de l'OFCCP qui couvre l'État où les événements se sont produits. Vous pouvez également déposer votre demande en personne auprès d'un bureau de l'OFCCP. Une liste des bureaux régionaux et des États couverts par chacun d'eux est disponible sur le [site web de l'OFCCP](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm) : (<http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm>).

**En remplissant ce formulaire, vous déposez une plainte pour discrimination en matière d'emploi, affirmant que l'employeur a fait preuve de discrimination à votre égard. La loi nous oblige à informer l'employeur de la plainte.**

## Avez-vous soumis une enquête préalable à la plainte à l'OFCCP ?

- Oui  Non **Remarque :** si vous disposez de plus de 60 jours pour déposer une plainte dans les délais, nous vous encourageons à soumettre une demande de renseignements avant de déposer une plainte. L'OFCCP examinera votre demande afin de déterminer si l'OFCCP est l'agence fédérale compétente pour traiter l'affaire.

## Comment pouvons-nous vous joindre ?

Nom (Prénom, Moyen, Nom) : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## Avez-vous un représentant ? (facultatif)

Si vous êtes représenté par un avocat, une autre personne ou une organisation, indiquez leurs coordonnées :

Nom (Prénom, Moyen, Nom) : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Qui devons-nous contacter si nous avons besoin de plus d'informations ? \_\_\_\_\_ Vous \_\_\_\_\_ Votre représentant

## Quel est le nom de l'employeur qui, selon vous, vous a discriminé ?

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du contact des ressources humaines (facultatif) : \_\_\_\_\_ E-mail (facultatif) : \_\_\_\_\_

S'agit-il du même lieu que celui où la discrimination s'est produite ? \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Non

Si non, où s'est-elle produite ? \_\_\_\_\_

## Indiquez les dates auxquelles vous pensez avoir été victime de discrimination ou de représailles.

Date(s) : \_\_\_\_\_

## Sur quelle base pensez-vous que l'employeur a fait preuve de discrimination à votre égard ?

### Cochez toutes les cases correspondantes :

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Race                          | <input type="checkbox"/> Orientation sexuelle               | <input type="checkbox"/> Demande de renseignements sur la rémunération | <input type="checkbox"/> Contacter une agence gouvernementale pour se plaindre d'une discrimination  |
| <input type="checkbox"/> Origine nationale             | <input type="checkbox"/> Identité de genre                  | <input type="checkbox"/> Divulcation des rémunérations                 | <input type="checkbox"/> Se plaindre de la discrimination auprès de l'employeur                      |
| <input type="checkbox"/> Couleur                       | <input type="checkbox"/> Statut d'ancien combattant protégé | <input type="checkbox"/> Autre : _____                                 | <input type="checkbox"/> Participer à une enquête de l'OFCCP   |
| <input type="checkbox"/> Religion                      | <input type="checkbox"/> Handicap                           | <input type="checkbox"/> Représailles                                  | <input type="checkbox"/> Participer à la plainte d'une autre personne pour discrimination au travail |
| <input type="checkbox"/> Sexe (y compris la grossesse) | <input type="checkbox"/> Discuter de la rémunération        | <input type="checkbox"/> Déposer une plainte pour discrimination       | <input type="checkbox"/> Autres : _____  |

**Avez-vous déposé cette allégation de discrimination en matière d'emploi auprès d'une autre agence fédérale ou locale (par exemple, la Commission de l'égalité des chances en matière d'emploi ou la Commission des droits de l'homme ou de l'emploi équitable de l'État ou de la localité) ?**

Oui  Non  Je ne suis pas sûr(e)

Si oui, quelle agence ? \_\_\_\_\_

Quand avez-vous déposé votre demande ? \_\_\_\_\_

Nom du contact de l'agence : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier (si connu) : \_\_\_\_\_

**Racontez-nous ce qui s'est passé**

Décrivez ci-dessous ce que vous pensez que l'employeur a fait ou n'a pas fait et qui, selon vous, est à l'origine de la discrimination ou des représailles :

1. Les raisons pour lesquelles vous pensez que ces actions étaient fondées sur votre race, votre couleur, votre religion, votre sexe, votre orientation sexuelle, votre identité de genre, votre origine nationale, votre handicap, votre statut d'ancien combattant, et/ou sur des demandes de renseignements, des discussions ou des révélations concernant votre salaire ou celui d'autres personnes, et/ou en représailles au dépôt d'une plainte, à la participation à une procédure de discrimination, à l'opposition à une discrimination illégale ou à l'exercice de tout autre droit protégé par la loi sur la concurrence et la protection des consommateurs.
2. Quand (à quelles dates) les actions de l'employeur se sont produites, où elles se sont produites et qui était impliqué.
3. Quel préjudice, le cas échéant, vous ou d'autres personnes avez subi en raison des actions de l'employeur.
4. Quelles explications, le cas échéant, l'employeur ou les personnes représentant l'employeur ont donné pour leurs actions.
5. Qui s'est trouvé dans la même situation que vous ou dans une situation similaire et comment il a été traité. Incluez des informations telles que la race, la couleur, la religion, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'origine nationale, le handicap ou le statut d'ancien combattant protégé de ces personnes, si vous les connaissez.
6. Les informations dont vous disposez sur les contrats fédéraux conclus par l'entreprise au moment des faits que vous décrivez dans la présente plainte.

**Signature et vérification**

Je déclare, sous peine de parjure, que les informations fournies ci-dessus sont, à ma connaissance, exactes et correctes. J'autorise par la présente la divulgation de toute information médicale nécessaire à cette enquête.

Signature : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Déclaration relative à la loi sur la protection de la vie privée

La collecte d'informations à l'aide de ce formulaire est autorisée par les autorités légales dont l'OFCCP assure le respect, ainsi que par le titre VII de la loi sur les droits civils de 1964 (Title VII), tel que modifié, et le titre I de la loi sur les Américains handicapés de 1990 (ADA), tel que modifié, dont la Commission américaine pour l'égalité des chances en matière d'emploi (Equal Employment Opportunity Commission - EEOC) assure le respect. L'OFCCP utilise ces informations pour traiter les plaintes et mener des enquêtes sur les violations présumées de ces lois sur la discrimination en matière d'emploi. L'OFCCP fournira une copie de cette plainte à l'employeur contre lequel elle a été déposée. L'OFCCP peut également transmettre cette plainte à d'autres organismes compétents et fournir une copie de la plainte à l'organisme de référence compétent. Les informations recueillies peuvent être 1) vérifiées auprès d'autres personnes susceptibles d'avoir des connaissances en rapport avec la plainte ; 2) utilisées dans le cadre de négociations de règlement avec l'employeur ou de la présentation de preuves lors d'une audience ; ou 3) divulguées à d'autres organismes compétents en la matière.

La communication de ces informations est facultative ; toutefois, le fait de ne pas les fournir peut retarder ou empêcher l'OFCCP d'enquêter sur votre plainte et, pour les questions couvertes par le titre VII ou l'ADA, peut affecter votre droit d'intenter une action en justice en vertu de ces lois.

## Déclaration de charge publique

Le temps estimé pour remplir ce formulaire est d'une heure, y compris le temps nécessaire pour consulter les instructions, remplir le formulaire et l'envoyer à l'OFCCP. Veuillez noter que vous n'êtes pas tenu de répondre à cette collecte d'informations à moins qu'elle n'affiche un numéro de contrôle OMB valide.

Si vous avez des commentaires concernant la charge estimée ou tout autre aspect de ce formulaire de plainte, y compris des suggestions pour réduire la charge, envoyez-les à l'OFCCP Policy Division (1250-0002), 200 Constitution Avenue, N.W., Room C3325, Washington, D.C. 20210. **Veillez ne pas envoyer le formulaire de plainte complété à cette adresse.**