



Beschwerde wegen Beschäftigungsdiskriminierung bei einem Auftragnehmer oder Unterauftragnehmer des Bundes

Nur zur Verwendung durch die OFCCP: Pre-Complaint Inquiry Nummer:

OMB: 1250-0002

Läuft ab: 06/30/2026

Formular ausfüllen.

Lesen Sie die nachstehenden Anweisungen, bevor Sie dieses

Anweisungen

Sie können eine Beschwerde bei der OFCCP einreichen, wenn Sie der Meinung sind, dass Sie von einem Unternehmen, das mit der Bundesregierung zusammenarbeitet, aufgrund Ihrer Rasse, Hautfarbe, Religion, Ihres Geschlechts, Ihrer sexuellen Orientierung, Ihrer Geschlechtsidentität, Ihrer nationalen Herkunft, einer Behinderung, Ihres Status als geschützter Veteran oder aufgrund von Fragen, Diskussionen oder der Offenlegung Ihrer Vergütung oder der Vergütung anderer Personen diskriminiert wurden, oder wenn Sie sich um eine Beschäftigung beworben haben. Sie können auch eine Beschwerde einreichen, wenn Sie glauben, dass der Arbeitgeber Vergeltungsmaßnahmen oder andere negative Beschäftigungsmaßnahmen gegen Sie ergriffen hat, weil Sie eine Beschwerde eingereicht, sich gegen Handlungen oder Praktiken gewehrt haben, die von den OFCCP-Behörden als ungesetzlich eingestuft wurden, oder wenn Sie der Meinung sind, dass ein Unternehmen, das mit der Bundesregierung Geschäfte macht, gegen andere OFCCP-Auftragnehmervpflichtungen verstößt, oder wenn Sie an einer Compliance-Evaluierung oder Beschwerdeuntersuchung teilgenommen haben. Sie müssen nicht mit Sicherheit wissen, dass der Arbeitgeber ein Auftragnehmer oder Unterauftragnehmer der Bundesregierung ist, um eine Beschwerde einzureichen. Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe benötigen, wenden Sie sich an den OFCCP-Helpdesk unter 1-800-397-6251.

Fristen für die Einreichung einer Beschwerde

Wenn Sie nicht innerhalb der unten genannten Fristen eine Beschwerde wegen Diskriminierung einreichen, verlieren Sie Ihr Recht auf ein Verfahren bei der OFCCP.

Beschwerden aufgrund Ihrer Rasse, Hautfarbe, Religion, Ihres Geschlechts, Ihrer sexuellen Orientierung, Ihrer Geschlechtsidentität oder Ihrer nationalen Herkunft müssen innerhalb von **180 Tagen** nach der/den Maßnahme(n) des Arbeitgebers, die Sie als Diskriminierung oder Vergeltungsmaßnahme ansehen, bei der OFCCP eingereicht werden.

Beschwerden wegen angeblicher Diskriminierung aufgrund der Erörterung, Offenlegung oder Erkundigung über das Arbeitsentgelt müssen innerhalb von **180 Tagen** nach der/den Maßnahme(n) des Arbeitgebers, die Sie als Diskriminierung oder Vergeltung ansehen, bei der OFCCP eingereicht werden.

Beschwerden, die auf Ihrer Behinderung oder Ihrem Status als geschützter Veteran beruhen, müssen innerhalb von **300 Tagen** nach der/den Maßnahme(n) des Arbeitgebers, die Sie als Diskriminierung oder Vergeltung ansehen, bei der OFCCP eingereicht werden.

Füllen Sie dieses Formular aus

Drucken oder tippen Sie die Informationen auf dem Formular aus. Wenn Sie mehr Platz benötigen, um zu beschreiben, was Ihnen passiert ist, verwenden Sie ein separates Blatt Papier. Vergessen Sie nicht, das Blatt Papier an das Formular zu heften. **Ihre Unterschrift ist auf dem Beschwerdeformular erforderlich, und wenn sie nicht auf dem Formular ist, wenn Sie es einreichen, werden wir Sie bitten, es zu unterschreiben.** Wenn Sie eine andere Person bevollmächtigt haben, die Beschwerde in Ihrem Namen einzureichen, ist die Unterschrift Ihres Vertreters auf dem Beschwerdeformular erforderlich. Wenn Sie eine Beschwerde wegen Diskriminierung aufgrund Ihres Status als geschützter Veteran einreichen, werden wir Sie bitten, Ihre Bescheinigung über die Entlassung oder Entlassung aus dem aktiven Dienst (auch bekannt als DD-Formular 214) vorzulegen.

Wie und wo kann ich eine Beschwerde einreichen?

Um eine Beschwerde bei der OFCCP einzureichen, füllen Sie bitte alle Abschnitte dieses Formulars aus, sofern sie nicht als optional gekennzeichnet sind. Wenn Sie die Antwort auf eine Frage nicht wissen, schreiben Sie "nicht bekannt". Wenn eine Frage nicht anwendbar ist, schreiben Sie "N/A".

Wenn Sie das Formular online einreichen, füllen Sie die Felder aus und klicken Sie auf Senden. Wenn Sie den Antrag nicht online stellen, senden Sie das ausgefüllte Formular per Post, Fax oder E-Mail an die OFCCP. Senden Sie das Formular an das OFCCP-Regionalbüro, das für den Bundesstaat zuständig ist, in dem die Ereignisse stattgefunden haben. Sie können das Formular auch persönlich in einem OFCCP-Büro abgeben. Eine Liste der Regionalbüros und der Bundesstaaten, für die jedes Büro zuständig ist, finden Sie auf der [OFCCP-Website](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm): (<http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm>).

Mit dem Ausfüllen dieses Formulars reichen Sie eine Beschwerde wegen Diskriminierung in der Beschäftigung ein und behaupten, dass der Arbeitgeber Sie diskriminiert hat. Laut Gesetz sind wir verpflichtet, den Arbeitgeber über die Beschwerde zu informieren.

Haben Sie eine Voranfrage bei der OFCCP eingereicht?

Ja Nein

Hinweis: Wenn Sie mehr als 60 Tage Zeit haben, um eine fristgerechte Beschwerde einzureichen, empfehlen wir Ihnen, vor der Einreichung einer Beschwerde eine Voranfrage zu stellen. Die OFCCP wird Ihre Anfrage prüfen, um festzustellen, ob die OFCCP die richtige Bundesbehörde ist, um die Angelegenheit zu bearbeiten.

Wie können wir Sie erreichen?

Name (Vorname, Mitte, Nachname): _____

Straße und Hausnummer: _____

Stadt: _____ State: _____ Postleitzahl: _____

Telefon-Nummer: _____ E-mail: _____

Haben Sie einen Vertreter? (Fakultativ)

Wenn Sie von einem Anwalt, einer anderen Person oder einer Organisation vertreten werden, geben Sie deren Kontaktinformationen an:

Name (Vorname, Mitte, Nachname): _____

Straße und Hausnummer: _____

Stadt: _____ State: _____ Postleitzahl: _____

Telefon Nummer: _____ E-mail: _____

An wen können wir uns wenden, wenn wir weitere Informationen benötigen? _____ Sie _____ Ihr Vertreter

Wie lautet der Name des Arbeitgebers, von dem Sie glauben, dass er Sie diskriminiert hat?

Name des Arbeitgebers: _____

Straße und Hausnummer: _____

Stadt: _____ State: _____ Postleitzahl: _____

Telefon Nummer: _____

Personalabteilung Kontaktname (fakultativ): _____ E-Mail (fakultativ): _____

Ist dies derselbe Ort, an dem die Diskriminierung stattgefunden hat? _____ Ja _____ Nein

Wenn nein, wo ist sie aufgetreten? _____

Geben Sie die Daten an, an denen Sie Ihrer Meinung nach diskriminiert oder benachteiligt wurden.

Datum(en): _____

Auf welcher Grundlage glauben Sie, dass der Arbeitgeber Sie diskriminiert hat?

Kreuzen Sie alle zutreffenden Punkte an:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rennen | <input type="checkbox"/> Sexuelle Orientierung | <input type="checkbox"/> Offenlegung der Vergütung | <input type="checkbox"/> Sich beim Arbeitgeber über Diskriminierung beschweren |
| <input type="checkbox"/> Nationale Herkunft | <input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität | <input type="checkbox"/> Andere: _____ | <input type="checkbox"/> Teilnahme an der OFCCP-Untersuchung |
| <input type="checkbox"/> Farbe | <input type="checkbox"/> Geschützter Veteranenstatus | <input type="checkbox"/> Vergeltung | <input type="checkbox"/> Beteiligung an der Beschwerde einer anderen Person über berufliche Diskriminierung |
| <input type="checkbox"/> Religion | <input type="checkbox"/> Invalidität | <input type="checkbox"/> Einreichen einer Diskriminierungsbeschwerde | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Geschlecht (einschließlich Schwangerschaft) | <input type="checkbox"/> Besprechung der Vergütung | <input type="checkbox"/> Kontaktaufnahme mit einer staatlichen Stelle, um sich über Diskriminierung zu beschweren | |
| | <input type="checkbox"/> Erkundigen Sie sich nach dem Gehalt | | |

Haben Sie diesen Vorwurf der Diskriminierung am Arbeitsplatz bei einer anderen Bundes- oder Kommunalbehörde (z. B. Equal Employment Opportunity Commission oder staatliche oder örtliche Fair Employment oder Human Rights Commission) erhoben?

Ja Nein Ich bin mir nicht sicher

Wenn ja, welche Behörde? _____

Wann haben Sie den Antrag gestellt? _____

Name der Kontaktperson der Agentur: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Fallnummer (falls bekannt): _____

Erzählen Sie uns, was passiert ist

Beschreiben Sie im Folgenden, was der Arbeitgeber Ihrer Meinung nach getan oder unterlassen hat, was Ihrer Meinung nach zu Diskriminierung oder Vergeltung geführt hat:

1. Warum Sie glauben, dass diese Maßnahmen auf Ihrer Rasse, Hautfarbe, Religion, Ihrem Geschlecht, Ihrer sexuellen Orientierung, Ihrer Geschlechtsidentität, Ihrer nationalen Herkunft, Ihrer Behinderung, Ihrem Veteranenstatus und/oder auf Anfragen, Diskussionen oder Offenlegungen Ihres Gehalts oder des Gehalts anderer beruhen und/oder als Vergeltungsmaßnahme für die Einreichung einer Beschwerde, die Teilnahme an einem Diskriminierungsverfahren, den Widerstand gegen eine ungesetzliche Diskriminierung oder die Ausübung anderer von der OFCCP geschützter Rechte erfolgt sind.
2. Wann (an welchen Tagen) die Maßnahmen des Arbeitgebers stattfanden, wo sie stattfanden und wer daran beteiligt war.
3. Welchen Schaden Sie oder andere Personen durch die Handlungen des Arbeitgebers erlitten haben, wenn überhaupt.
4. Welche Erklärung, wenn überhaupt, haben der Arbeitgeber oder die Personen, die den Arbeitgeber vertreten, für ihr Handeln abgegeben?
5. Wer sich in der gleichen oder einer ähnlichen Situation wie Sie befand und wie er behandelt wurde. Fügen Sie Informationen wie Rasse, Hautfarbe, Religion, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität, nationale Herkunft, Behinderung oder geschützter Veteranenstatus dieser Personen hinzu, falls bekannt.
6. welche Informationen Sie über Bundesverträge haben, die das Unternehmen zum Zeitpunkt der von Ihnen in dieser Beschwerde beschriebenen Ereignisse hatte.

Unterschrift und Verifizierung

Ich erkläre an Eides statt, dass die oben gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und richtig sind. Ich ermächtige hiermit die Freigabe aller medizinischen Informationen, die für diese Untersuchung benötigt werden.

Unterschrift: _____ Date: _____

Erklärung zum Datenschutzgesetz

Die Erhebung von Informationen mit diesem Formular ist durch die gesetzlichen Behörden, die das OFCCP durchsetzt, sowie durch Titel VII des Civil Rights Act von 1964 (Titel VII) in seiner geänderten Fassung und Titel I des Americans with Disabilities Act von 1990 (ADA) in seiner geänderten Fassung, den die U.S. Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) durchsetzt, zulässig. Die OFCCP verwendet diese Informationen zur Bearbeitung von Beschwerden und zur Durchführung von Untersuchungen bei angeblichen Verstößen gegen diese Gesetze zur Diskriminierung am Arbeitsplatz. Die OFCCP wird dem Arbeitgeber, gegen den die Beschwerde eingereicht wurde, eine Kopie dieser Beschwerde zukommen lassen. Die OFCCP kann diese Beschwerde auch an andere Behörden weiterleiten, die möglicherweise zuständig sind, und stellt der weiterleitenden Behörde, die möglicherweise zuständig ist, eine Kopie der Beschwerde zur Verfügung. Die gesammelten Informationen können: 1) bei anderen Personen überprüft werden, die möglicherweise über Kenntnisse verfügen, die für die Beschwerde relevant sind; 2) bei Vergleichsverhandlungen mit dem Arbeitgeber oder bei der Vorlage von Beweisen bei einer Anhörung verwendet werden; oder 3) an andere Behörden weitergegeben werden, die für die Beschwerde zuständig sind.

Die Bereitstellung dieser Informationen ist freiwillig; die Nichtbereitstellung der Informationen kann jedoch die Untersuchung Ihrer Beschwerde durch die OFCCP verzögern oder verhindern und kann bei Angelegenheiten, die unter Titel VII oder den ADA fallen, Ihr Recht auf Klage gemäß diesen Gesetzen beeinträchtigen.

Erklärung zur öffentlichen Belastung

Der geschätzte Zeitaufwand für das Ausfüllen dieses Formulars beträgt 1 Stunde, einschließlich der Zeit für das Lesen der Anweisungen, das Ausfüllen des Formulars und das Absenden an OFCCP. Bitte beachten Sie, dass Sie nicht verpflichtet sind, auf diese Informationssammlung zu antworten, es sei denn, sie weist eine derzeit gültige OMB-Kontrollnummer auf.

Wenn Sie Anmerkungen zur geschätzten Belastung oder zu anderen Aspekten dieses Beschwerdeformulars haben, einschließlich Vorschlägen zur Verringerung der Belastung, senden Sie diese an die OFCCP Policy Division (1250-0002), 200 Constitution Avenue, N.W., Room C3325, Washington, D.C. 20210. **Bitte senden Sie das ausgefüllte Beschwerdeformular nicht an diese Adresse.**