



संघीय ठेकेदार या उपठेकेदार से जुड़े रोजगार भेदभाव की शिकायत

केवल OFCCP उपयोग के लिए: शिकायत पूर्व पूछताछ संख्या:

OMB: 1250-0002

समाप्ति: 06/30/2026

इस फॉर्म को पूरा करने से पहले नीचे दिए गए निर्देश पढ़ें।

निर्देश

यदि आपको लगता है कि आपकी जाति, रंग, धर्म, लिंग, यौन रुझान, लिंग पहचान, राष्ट्रीय मूल, विकलांगता, एक संरक्षित वयोवृद्ध के रूप में स्थिति, या अपने मुआवजे या दूसरों के बारे में पूछने, चर्चा करने या खुलासा करने के लिए संघीय सरकार के साथ व्यापार करने वाली कंपनी द्वारा रोजगार में या रोजगार के लिए आवेदन करते समय आपके साथ भेदभाव किया गया है, तो आप OFCCP में शिकायत दर्ज कर सकते हैं। आप तब भी शिकायत दर्ज कर सकते हैं यदि आपको लगता है कि नियोक्ता ने आपके खिलाफ जवाबी कार्रवाई की है या अन्यथा नकारात्मक रोजगार कार्रवाई की है, क्योंकि आपने शिकायत दर्ज की है, OFCCP के अधिकारियों द्वारा गैरकानूनी बनाए गए कृत्यों या प्रथाओं का विरोध किया है, या अनुपालन मूल्यांकन या शिकायत जांच में सहायता की है या भाग लिया है या यदि आप मानते हैं कि संघीय सरकार के साथ व्यापार करने वाली कंपनी अन्य OFCCP ठेकेदार दायित्वों का उल्लंघन कर रही है। शिकायत दर्ज करने के लिए आपको यह जानने की आवश्यकता नहीं है कि नियोक्ता निश्चित रूप से एक संघीय ठेकेदार या उपठेकेदार है। यदि आपके कोई प्रश्न हैं या सहायता की आवश्यकता है, तो OFCCP हेल्प डेस्क से 1-800-397-6251 पर संपर्क करें।

शिकायत दर्ज करने की समय सीमा

यदि आप नीचे दी गई समय सीमा के भीतर भेदभाव की शिकायत दर्ज नहीं करते हैं, तो आप OFCCP के माध्यम से आगे बढ़ने के अपने अधिकार खो देंगे।

आपकी जाति, रंग, धर्म, लिंग, यौन रुझान, लिंग पहचान, या राष्ट्रीय मूल के आधार पर शिकायतें, नियोक्ता द्वारा की गई कार्रवाई के 180 दिनों के भीतर OFCCP के पास दर्ज की जानी चाहिए, जो आपको लगता है कि या तो भेदभाव या प्रतिशोध था।

वेतन के बारे में चर्चा करने, खुलासा करने या पूछताछ करने में भेदभाव का आरोप लगाने वाली शिकायतें नियोक्ता द्वारा की गई कार्रवाई के 180 दिनों के भीतर OFCCP के पास दर्ज की जानी चाहिए, जो आपको लगता है कि या तो भेदभाव या प्रतिशोध था।

आपकी विकलांगता या एक संरक्षित वयोवृद्ध के रूप में स्थिति पर आधारित शिकायतें नियोक्ता द्वारा की गई कार्रवाई के 300 दिनों के भीतर OFCCP के पास दर्ज की जानी चाहिए, जो आपको लगता है कि या तो भेदभाव या प्रतिशोध थी।

इस फॉर्म को भरना

फॉर्म पर जानकारी प्रिंट करें या टाइप करें। यदि आपके साथ जो हुआ उसका वर्णन करने के लिए आपको अधिक स्थान की आवश्यकता है, तो कागज के एक अलग टुकड़े का उपयोग करें। फॉर्म के साथ कागज का टुकड़ा जोड़ना याद रखें। **शिकायत प्रपत्र पर आपके हस्ताक्षर आवश्यक हैं, और यदि सबमिट करते समय यह प्रपत्र पर नहीं है, तो हम आपसे इस पर हस्ताक्षर करने के लिए कहेंगे।** यदि आपने किसी अन्य व्यक्ति को अपनी ओर से शिकायत दर्ज करने के लिए अधिकृत किया है, तो शिकायत प्रपत्र पर आपके प्रतिनिधि के हस्ताक्षर आवश्यक हैं। यदि आप एक संरक्षित वयोवृद्ध के रूप में अपनी स्थिति के कारण भेदभाव की शिकायत दर्ज कर रहे हैं, तो हम आपसे सक्रिय ड्यूटी से रिहाई या छुट्टी का प्रमाण पत्र (जिसे DD फॉर्म 214 के रूप में भी जाना जाता है) प्रदान करने के लिए कहेंगे।

मैं शिकायत कैसे और कहाँ दर्ज करूँ?

OFCCP के पास शिकायत दर्ज करने के लिए, इस फॉर्म के सभी अनुभागों को पूरा करें, जब तक कि इसे वैकल्पिक के रूप में चिह्नित न किया गया हो। यदि आप किसी प्रश्न का उत्तर नहीं जानते हैं, तो "पता नहीं" लिखें। यदि कोई प्रश्न लागू नहीं है, तो "N/A" लिखें।

यदि आप ऑनलाइन दाखिल कर रहे हैं, तो सभी फ़ील्ड भरें और सबमिट पर क्लिक करें। यदि आप ऑनलाइन दाखिल नहीं कर रहे हैं, तो पूरा फॉर्म OFCCP को मेल, फैक्स या ई-मेल द्वारा भेजें। फॉर्म को OFCCP क्षेत्रीय कार्यालय को भेजें जो उस राज्य को कवर करता है जहां घटनाएं हुई थीं। आप OFCCP कार्यालय में व्यक्तिगत रूप से भी फाइल कर सकते हैं। प्रत्येक कार्यालय को कवर करने वाले क्षेत्रीय कार्यालयों और राज्यों की सूची [OFCCP वेबसाइट](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm) (http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm) पर पाई जा सकती है।

इस फॉर्म को पूरा करके, आप यह दावा करते हुए रोजगार भेदभाव की शिकायत दर्ज कर रहे हैं कि नियोक्ता ने आपके साथ भेदभाव किया है। कानून के अनुसार, हमें शिकायत के बारे में नियोक्ता को सूचित करना आवश्यक है।

क्या आपने OFCCP को शिकायत-पूर्व जांच सबमिट की है?

हाँ नहीं

नोट: यदि आपके पास समय पर शिकायत दर्ज करने के लिए 60 दिनों से अधिक का समय है, तो हम आपको शिकायत दर्ज करने से पहले एक शिकायत-पूर्व जांच प्रस्तुत करने के लिए प्रोत्साहित करते हैं। OFCCP यह निर्धारित करने के लिए आपकी जांच की समीक्षा करेगा कि क्या OFCCP इस मामले को संभालने के लिए सही संघीय एजेंसी है।

हम आप तक कैसे पहुँच सकते हैं?

नाम (पहला, मध्य, अंतिम): _____

गली का पता: _____

शहर (*): _____ राज्य _____: ज़िप कोड: _____

टेलीफ़ोन नंबर: _____ ई-मेल: _____

क्या आपका कोई प्रतिनिधि है? (वैकल्पिक)

यदि आपका प्रतिनिधित्व किसी वकील, किसी अन्य व्यक्ति या किसी संगठन द्वारा किया जाता है, तो उनकी संपर्क जानकारी प्रदान करें:

नाम (पहला, मध्य, अंतिम): _____

गली का पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____

टेलीफ़ोन नंबर: _____ ई-मेल: _____

यदि हमें अधिक जानकारी चाहिए तो हमें किससे संपर्क करना चाहिए? _____ आपको _____ आपके प्रतिनिधि को

उस नियोक्ता का नाम क्या है जिसके बारे में आपको लगता है कि उसने आपके साथ भेदभाव किया है?

नियोक्ता का नाम: _____

गली का पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____

टेलीफ़ोन नंबर: _____

मानव संसाधन संपर्क नाम (वैकल्पिक): _____ ई-मेल (वैकल्पिक): _____

क्या यह वही स्थान है जहाँ भेदभाव हुआ था? _____ हाँ _____ नहीं

यदि नहीं, तो यह कहाँ घटित हुआ? _____

वे तारीखें बताएं जिन पर आप मानते हैं कि आपके साथ भेदभाव किया गया या प्रतिशोध लिया गया।

तारीख: _____

आप किस आधार पर मानते हैं कि नियोक्ता ने आपके साथ भेदभाव किया है?

लागू होने वाले सभी को जाँचे:

- | | | | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> जाति | <input type="checkbox"/> लिंग पहचान | <input type="checkbox"/> अन्य: _____ | <input type="checkbox"/> भेदभाव के बारे में नियोक्ता से शिकायत करना |
| <input type="checkbox"/> राष्ट्रीय मूल | <input type="checkbox"/> संरक्षित वयोवृद्ध स्थिति | <input type="checkbox"/> प्रतिशोध | <input type="checkbox"/> OFCCP जांच में भाग लेना |
| <input type="checkbox"/> रंग | <input type="checkbox"/> विकलांगता | <input type="checkbox"/> भेदभाव की शिकायत दर्ज करना | <input type="checkbox"/> नौकरी में भेदभाव के बारे में किसी और की शिकायत में भाग लेना |
| <input type="checkbox"/> धर्म | <input type="checkbox"/> वेतन पर चर्चा | <input type="checkbox"/> भेदभाव के बारे में शिकायत करने के लिए किसी सरकारी एजेंसी से संपर्क करना | <input type="checkbox"/> अन्य: _____ |
| <input type="checkbox"/> सेक्स (गर्भावस्था सहित) | <input type="checkbox"/> वेतन के बारे में पूछताछ | | |
| <input type="checkbox"/> यौन अभिविन्यास | <input type="checkbox"/> वेतन का खुलासा | | |

क्या आपने किसी अन्य संघीय या स्थानीय एजेंसी (उदाहरण के लिए, समान रोजगार अवसर आयोग या राज्य या स्थानीय निष्पक्ष रोजगार या मानवाधिकार आयोग) के साथ रोजगार भेदभाव का यह आरोप दायर किया है?

हाँ नहीं मैं निश्चित नहीं हूँ

यदि हां, तो कौन सी एजेंसी? _____ आपने कब फाइल किया? _____

एजेंसी संपर्क नाम: _____ फोन नंबर: _____

ई-मेल: _____ केस नंबर (यदि ज्ञात हो): _____

हमें बताओ क्या हुआ

नीचे बताएं कि आपको क्या लगता है कि नियोक्ता ने क्या किया या क्या नहीं किया, जिससे आपको लगता है कि भेदभाव या प्रतिशोध हुआ, जिसमें शामिल हैं:

1. आप क्यों मानते हैं कि वे कार्य आपकी जाति; रंग; धर्म; लिंग; यौन रुझान; लिंग पहचान; राष्ट्रीय मूल; विकलांगता; वयोवृद्ध स्थिति; और/या आपके वेतन या दूसरों के वेतन के बारे में पूछताछ, चर्चा, या प्रकटीकरण; और/या शिकायत दर्ज करने, भेदभाव की कार्यवाही में भाग लेने, गैरकानूनी भेदभाव का विरोध करने, या OFCCP द्वारा संरक्षित किसी अन्य अधिकार का प्रयोग करने के प्रतिशोध पर आधारित थे।
2. नियोक्ता की कार्रवाई कब (किस तारीख को) हुई, कहां हुई और इसमें कौन शामिल था।
3. नियोक्ता के कार्यों के कारण आपको या दूसरों को क्या नुकसान हुआ, यदि कोई हो।
4. नियोक्ता या नियोक्ता का प्रतिनिधित्व करने वाले लोगों ने अपने कार्यों के लिए क्या स्पष्टीकरण, यदि कोई हो, पेश किया।
5. आपके जैसी या समान स्थिति में कौन था और उनके साथ कैसा व्यवहार किया गया। यदि ज्ञात हो तो इन व्यक्तियों की जाति, रंग, धर्म, लिंग, यौन रुझान, लिंग पहचान, राष्ट्रीय मूल, विकलांगता, या संरक्षित वयोवृद्ध स्थिति जैसी जानकारी शामिल करें।
6. इस शिकायत में वर्णित घटनाओं के समय कंपनी के पास संघीय अनुबंधों के बारे में आपके पास क्या जानकारी थी?

हस्ताक्षर एवं सत्यापन

मैं झूठी गवाही के दंड के तहत घोषणा करता हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी मेरी सर्वोत्तम जानकारी या विश्वास के अनुसार सत्य और सही है। मैं इस जांच के लिए आवश्यक किसी भी चिकित्सा जानकारी को जारी करने का अधिकार देता हूँ।

हस्ताक्षर: _____ तारीख: _____

गोपनीयता अधिनियम वक्तव्य

इस फॉर्म का उपयोग करके जानकारी का संग्रह OFCCP द्वारा लागू कानूनी अधिकारियों के साथ-साथ संशोधित नागरिक अधिकार अधिनियम 1964 (शीर्षक VII) के शीर्षक VII और 1990 के अमेरिकी विकलांग अधिनियम (ADA) के शीर्षक I द्वारा अधिकृत है, जैसा कि संशोधित है, जिसे अमेरिकी समान रोजगार अवसर आयोग (EEOC) लागू करता है। OFCCP इस जानकारी का उपयोग शिकायतों पर कार्रवाई करने और इन रोजगार भेदभाव कानूनों के कथित उल्लंघन की जांच करने के लिए करता है। OFCCP इस शिकायत की एक प्रति उस नियोक्ता को प्रदान करेगा जिसके खिलाफ यह दायर की गई है। OFCCP इस शिकायत को अन्य एजेंसियों को भी संदर्भित कर सकता है जिनके पास अधिकार क्षेत्र हो सकता है, और शिकायत की एक प्रति उस रेफरल एजेंसी को प्रदान कर सकता है जिसके पास अधिकार क्षेत्र हो सकता है। एकत्र की गई जानकारी: 1) उन अन्य लोगों से सत्यापित कि जा सकती है जिनके पास शिकायत से संबंधित जानकारी हो; 2) नियोक्ता के साथ समझौता वार्ता में या सुनवाई में साक्ष्य प्रस्तुत करने के दौरान उपयोग की जा सकती है; या 3) शिकायत पर अधिकार क्षेत्र वाली अन्य एजेंसियों को प्रकट की जा सकती है।

यह जानकारी प्रदान करना स्वैच्छिक है; हालाँकि, जानकारी प्रदान करने में विफलता OFCCP को आपकी शिकायत की जांच करने में देरी या रोक सकती है और, शीर्षक VII या ADA द्वारा कवर किए गए मामलों के लिए, उन कानूनों के तहत मुकदमा करने के आपके अधिकार को प्रभावित कर सकती है।

सार्वजनिक बोझ वक्तव्य

इस फॉर्म को पूरा करने का अनुमानित समय 1 घंटा है, जिसमें निर्देशों की समीक्षा करने, फॉर्म भरने और OFCCP को भेजने का समय भी शामिल है। कृपया ध्यान दें कि आपको जानकारी के इस संग्रह का जवाब देने की आवश्यकता नहीं है जब तक कि यह वर्तमान में मान्य OMB नियंत्रण संख्या प्रदर्शित न करे।

यदि आपके पास अनुमानित बोझ या इस शिकायत प्रपत्र के किसी अन्य पहलू के संबंध में टिप्पणियां हैं, जिसमें बोझ को कम करने के सुझाव भी शामिल हैं, तो उन्हें OFCCP नीति प्रभाग (1250-0002), 200 कॉन्स्टिट्यूशन एवेन्यू, N.W., रूम C3325, वाशिंगटन, D.C. 20210 को भेजें। कृपया पूरा शिकायत प्रपत्र इस पते पर न भेजें।