



連邦請負業者または下請業者に関する 雇用差別の苦情申し立て

OFCCP 専用: 事前苦情照会番号

OMB: 1250-0002

有効期限: 06/30/2026

このフォームに記入する前に、以下の説明をお読みください。

説明事項

人種、肌の色、宗教、性別、性的指向、性同一性、国籍、障がい、退役軍人の地位、または自分の給与や他の応募者や従業員の給与について尋ねたり、開示したり、相談したりしたことを理由に、連邦政府と取引のある企業から、雇用において差別を受けたと考える場合、OFCCP に苦情を申し立てることができます。また、あなたが苦情を申し立てたこと、OFCCP の権限により違法とされた行為や慣行に反対したこと、コンプライアンス評価や苦情調査に協力・参加したこと、あるいは連邦政府と取引している会社が他の OFCCP の契約者義務に違反していると思うことを理由に、雇用主があなたに対して報復やその他の否定的な雇用措置を取ったと考える場合にも、苦情を申し立てることができます。雇用主が連邦の請負業者または下請業者であることを確実に把握している必要はありません。質問がある場合やサポートが必要な場合は、OFCCP ヘルプデスク (1-800-397-6251) にご連絡ください。

苦情申し立ての期限

下記の期限内に差別に関する苦情を提出しなければ、OFCCP を通じて手続きを進める権利を失うことになります。

人種、肌の色、宗教、性別、性的指向、性同一性、または国籍に基づく苦情は、雇用主が行った差別または報復と思われる行為から **180 日**以内に OFCCP に提出しなければなりません。

給与に関する話し合い、開示、問い合わせを理由とする差別を訴える苦情は、差別または報復と思われる雇用主の措置から **180 日**以内に OFCCP に提出しなければなりません。

障害または退役軍人であることに基づく苦情は、差別または報復と思われる雇用主の行為から **300 日**以内に OFCCP に提出しなければなりません。

記入方法

用紙に記載されている情報を印刷または入力してください。自分に起こったことを説明するために、より多くのスペースが必要な場合は、別の紙を使用してください。別紙をフォームに添付してください。**提出時に署名がない場合は、署名をお願いすることになります。**あなたの代わりに苦情を提出することを他の人に委任している場合は、苦情用紙にあなたの代理人の署名が必要です。退役軍人であることを理由とする差別に対する苦情を提出する場合は、「退役証明書 (Certificate of Release or Discharge from Active Duty)」(DD フォーム 214 と呼ばれる) の提出を求められます。

苦情申し立てはどこでどのように行うのですか？

苦情申し立てを行うには、このフォームのすべての項目に記入してください。該当する質問がない場合は、「該当なし」と記入してください。

オンラインで提出する場合は、必要事項を記入し、「提出」をクリックしてください。オンラインで提出しない場合は、記入済みの書式を OFCCP に郵送、ファックス、または電子メールで送付してください。用紙は、該当事象が発生した州を管轄する OFCCP 地域事務所に送付してください。また、OFCCP 事務所で直接記入することもできます。地域事務所及び各事務所が管轄する州の一覧は、[OFCCP のウェブサイト](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkeyp.htm) (<http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkeyp.htm>) に掲載されています。

このフォームに記入することにより、あなたは雇用主があなたを差別したと主張する雇用差別の苦情を申し立てることになります。法律により、私たちは雇用主に苦情を通知することが義務付けられています。

OFCCP に事前照会を提出しましたか？

はい いいえ 注：適時に苦情を提出するために 60 日以上の猶予がある場合は、苦情を提出する前に事前照会を提出することをお勧めします。OFCCP は、OFCCP がこの件を処理するのに適切な連邦機関であるかどうかを判断するため、照会を検討します。

連絡先

氏名（名、ミドルネーム、姓）： _____

住所： _____

市町村： _____ 州： _____ 郵便番号： _____

電話番号： _____ Eメール： _____

代理人はいますか？ (任意)

弁護士、他の人、または団体が代理人となっている場合は、その連絡先を記入してください：

氏名（名、ミドルネーム、姓）： _____

住所： _____

市町村： _____ 州： _____ 郵便番号： _____

電話番号： _____ Eメール： _____

詳しい情報が必要な場合、誰に連絡すればよいですか？ あなた自身 あなたの代理人

あなたを差別したと思われる雇用主の名前を教えてください。

雇用者名： _____

住所： _____

市町村： _____ 州： _____ 郵便番号： _____

電話番号： _____

人事担当者名（任意）： _____ Eメール(任意)： _____

差別が起きた場と同じですか？ はい いいえ

もしそうでなければ、どこで差別が起きましたか？ _____

差別または報復を受けたと思われる日付を記入してください。

日付： _____

どのような理由で雇用主はあなたを差別したと思いますか？

該当するものすべてに印をつけてください：

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 人種 | <input type="checkbox"/> 宗教 | <input type="checkbox"/> 性同一性 | <input type="checkbox"/> 給与に関する話し合い |
| <input type="checkbox"/> 国籍 | <input type="checkbox"/> 性別（妊娠を含む） | <input type="checkbox"/> 退役軍人の地位 | <input type="checkbox"/> 給与に関する問い合わせ |
| <input type="checkbox"/> 肌の色 | <input type="checkbox"/> 性的指向 | <input type="checkbox"/> 障がい | <input type="checkbox"/> 給与の開示 |

- その他: _____
 差別苦情の申し立て
 差別を訴えるために政府機関に連絡する
 差別について雇用主に苦情を申し立てる
 OFCCP の調査への協力
 職業差別に関する他人の申し立てに協力する
 その他: _____
 報復

この雇用差別の申し立てを、他の連邦機関または地方機関（雇用機会均等委員会、州または地方の公正雇用委員会または人権委員会など）に提出しましたか？

はい いいえ 分からない

はい」の場合、どの機関ですか？ _____

いつ提出しましたか？ _____

機関連絡先名: _____ 電話番号: _____

Eメール: _____

ケース番号（知っている場合): _____

何が起きたか教えてください

雇用主の行為や不作為が差別や報復の原因となったと考える理由を以下に記述してください：

- これらの行為が、人種、肌の色、宗教、性別、性的指向、性同一性、国籍、障害、退役軍人の地位などの個人の属性に基づく差別行為、またはあなたや他の人の給与に関する問い合わせ、話し合い、開示、苦情の提出、差別手続きへの参加、違法な差別への反対、または OFCCP が保護するその他の権利の行使に対する報復行為であったと考える理由。
- 雇用主の行為（発生日、発生場所、関与者）
- 雇用主の行為によってあなたまたは他の人が被った被害の内容を記載してください。
- 雇用主または雇用主を代表する人々が、その行為について説明した内容（ある場合）を記載してください。
- 同様の状況に置かれた他の人々の情報を提供してください。人種、肌の色、宗教、性別、性的指向、性同一性、国籍、障害、退役軍人の有無などの詳細な属性情報が判明している場合は、それも含めて記載してください。
- 本苦情に関連する出来事が発生した当時、雇用主が保有していた連邦契約に関する情報を提供してください。

署名と確認

私は、偽証罪に問われる可能性を認識した上で、上記の情報が私の知る限り、または信じる限りにおいて真実かつ正確であることを宣言します。また、私は本調査に必要な医療情報の開示を許可します。

署名： _____ 日付： _____

個人情報保護法に関する声明

本書式による情報収集は、OFCCP が執行する法的権限および米国雇用機会均等委員会（EEOC）が執行する 1964 年公民権法第 7 編（改正後）および 1990 年障害者法第 1 編（改正後）により許可されています。OFCCP は、これらの雇用差別法違反の疑いに対する苦情申し立てや調査のために、この情報を使用します。この申し立てに関する写しは、提訴された雇用主に OFCCP から提供されます。また、OFCCP は、この申し立てを管轄権を有する他の機関に照会し、管轄権を有する可能性のある照会機関に申し立ての写しを提供することがあります。収集される情報は以下の通りです：1) 申し立てに関連する知識を有する可能性のある他者への確認、2) 雇用主との和解交渉や聴聞会での証拠提出の過程での使用、3) 申し立てを管轄する他の機関への開示。

情報の提供は任意ですが、情報を提供しなかった場合、OFCCP による苦情の調査が遅延したり妨げられたりする可能性があります。また、タイトル VII または ADA の対象となる事項については、これらの法律に基づいて訴訟権を行使する権利に影響を与える可能性があります。

公的負担に関する声明

この書式に要する時間の目安は、説明書の確認、記入、OFCCP への送付時間を含めて 1 時間です。現在有効な OMB 管理番号が表示されていない限り、この情報収集に回答する必要はありませんのでご注意ください。

負担軽減の提案を含め、推定負担または本苦情申し立てフォームのその他の側面についてご意見がある場合は、OFCCP 政策部（1250-0002）（200 Constitution Avenue, N.W, Room G3325, Washington, D.C. 20210）までお送りください。記入済みの苦情申し立てフォームをこの住所に送付しないでください。