



연방 계약자 또는 하청업체 계약자 관련 고용 차별 사전 불만 조사

OFCCP 사용 전용: 사전 불만 문의 번호:

OMB: 1250-0002

만료일: 06/30/2026

이 양식을 작성하기 전 아래 지침을 읽으십시오.

지침

연방 정부와 사업을 하는 회사가 인종, 피부색, 종교, 성별, 성적 취향, 성 정체성, 출신 국가, 장애, 재향 군인 신분 또는 자신의 급여, 다른 신청자 또는 직원의 급여에 대해 질문하거나 공개, 논의했다는 이유로 고용 또는 취업시 차별할 경우, OFCCP 로 불만을 제기 할 수 있습니다. 또한, 이러한 회사들이 귀하가 불만 사항에 대한 사전 불만 조사를 접수하였거나 OFCCP 당국이 불법으로 저지른 행위에 반대하는 행위 또는 관행을 이행했다는 사유 또는 불만 사항 조사 평가를 지원 또는 참여했다는 이유로 귀하에 대해 보복하거나 부정적인 고용 조치를 취하거나 연방 정부와 사업을 하는 회사가 OFCCP 계약자 의무 사항을 위반했다고 판단하는 경우 OFCCP 로 연락할 수 있습니다. OFCCP 에 연락하거나 불만 제기 전 사전 불만 사항 접수를 위해 고용주가 연방 계약자 또는 하청업자라는 것을 확인할 필요는 없습니다. 질문이 있거나 도움이 필요한 경우 OFCCP 헬프 데스크(1-800-397-6251)로 문의하십시오.

불만 제기 기한

아래 명시된 기한 내에 차별 사항에 대한 불만을 제기하지 않으면 OFCCP 를 통해 진행할 권리를 잃게 됩니다.

귀하의 인종, 피부색, 종교, 성별, 성적 취향, 성 정체성 또는 출신 국가를 이유로 고용주에 의해 차별 또는 보복을 당했다고 판단하는 경우 이 사건이 일어난 **180** 일 이내에 OFCCP 에 불만 사항을 제출해야 합니다.

급여에 대한 논의, 공개, 질문으로 인해 고용주에 의해 차별 또는 보복을 당했다고 판단하는 경우 이 사건이 일어난 **180** 일 이내에 OFCCP 에 불만 사항을 제출해야 합니다.

귀하의 장애 또는 재향 군인 지위로 인해 고용주에 의해 차별 또는 보복을 당했다고 판단하는 경우 이 사건이 일어난 **300** 일 이내에 OFCCP 에 불만 사항을 제출해야 합니다.

본 양식 작성

양식에 정보를 인쇄하거나 입력하십시오. 자신에게 일어난 일을 설명할 공간이 더 필요하면 별도의 종이를 사용하십시오. 양식에 종이를 첨부하는 것을 잊지 마십시오. **불만 제기 양식에는 귀하의 서명이 필요하며, 제출 시 양식에 서명이 없는 경우 서명을 요청할 것입니다.** 다른 사람이 귀하를 대신하여 불만 사항을 접수하도록 승인한 경우 불만 사항 양식에 대리인의 서명이 필요합니다. 귀하가 보호받는 재향군인이라는 신분으로 인해 차별에 대한 불만을 제기하는 경우 현역 면제 또는 제대 증명서(DD 양식 214 라고도 함)를 제공하도록 요청할 것입니다.

불만 사항은 어떻게 그리고 어디에 제출하나요?

OFCCP 에 불만을 제기하려면 선택 사항으로 표시되지 않는 한 이 양식의 모든 섹션을 작성하십시오. 질문에 대한 답을 모르면 "알 수 없음"이라고 적으십시오. 질문이 해당되지 않는 경우 "N/A"라고 기재하십시오.

온라인 제출인 경우 필드를 채우고 제출을 클릭하십시오. 온라인으로 제출하지 않는 경우 완성된 양식을 우편, 팩스 또는 이메일로 OFCCP 에 보내십시오. 사건이 발생한 주를 담당하는 OFCCP 지역 사무소로 양식을 보내십시오. OFCCP 사무소에 직접 제출할 수도 있습니다. 지역 사무소 및 각 사무소가 담당하는 주의 목록은 OFCCP 웹사이트에서 확인할 수 있습니다:

(<http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkeyp.htm>).

이 양식을 작성함으로써 귀하는 고용주가 귀하를 차별했다고 주장하는 고용 차별에 대한 불만을 제기하는 것입니다. 법에 따라 고용주에게 불만 사항을 알려야 합니다.

OFCCP 에 사전 불만 제기 문의 사항을 제출하하셨습니까?

네 아니요 **알림:** 불만을 제기할 수 있는 기간이 60 일 이상인 경우 불만을 제기하기 전에 사전 불만 질의를 제출할 것을 권장합니다. OFCCP 는 귀하의 질의를 검토하여 OFCCP 가 문제를 처리하기에 적합한 연방 기관인지 여부를 결정합니다..

귀하에게 연락할 수 있는 방법은 무엇인가요?

성명 (이름, 미들 네임, 성): _____

상세 주소: _____

도시: _____ 주: _____ Zip 코드: _____

전화번호: _____ E-mail: _____

대리인이 있습니까? (선택사항)

변호사, 대리인 또는 대리 조직이 귀하를 대리하는 경우 해당 연락처 정보를 기입해주시시오:

성명 (이름, 미들 네임, 성): _____

상세 주소: _____

도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

전화번호: _____ E-mail: _____

추가 정보가 필요할 경우 누구에게 연락해야 합니까? 본인 대리인

귀하를 차별했다고 생각하는 고용주의 이름은 무엇입니까?

고용주 이름: _____

상세 주소: _____

도시: _____ 주: _____ Zip 코드: _____

전화번호: _____

인사팀 담당자 이름 (선택사항): _____ E-mail (선택사항): _____

이 곳이 차별이 발생한 곳과 같은 장소입니까? 네 아니요

같지 않을 경우, 차별이 어디에서 발생했습니까? _____

차별 또는 보복을 당했다고 판단되는 날짜는 언제입니까?

날짜 (복수 답변 가능): _____

어떠한 사유로 고용주가 귀하를 차별했다고 생각하십니까?

해당 사항에 모두 체크하세요:

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 인종 | <input type="checkbox"/> 성 정체성 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ | <input type="checkbox"/> 보복 |
| <input type="checkbox"/> 출신 국가 | <input type="checkbox"/> 재향 군인 신분 | | <input type="checkbox"/> 차별 불만 제기 |
| <input type="checkbox"/> 피부색 | <input type="checkbox"/> 장애 | | <input type="checkbox"/> 차별 불만을 위해 정부 기관에 연락 |
| <input type="checkbox"/> 종교 | <input type="checkbox"/> 급여 논의 | | <input type="checkbox"/> 차별에 대한 고용주에 대한 불만 제기 |
| <input type="checkbox"/> 성별 (임신 포함) | <input type="checkbox"/> 급여에 대한 문의 | | <input type="checkbox"/> OFCCP 조사 관여 |
| <input type="checkbox"/> 성적 취향 | <input type="checkbox"/> 급여 공개 | | <input type="checkbox"/> 타인의 직장 내 차별 불만 제기에 관여 |
| | | | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |

다른 연방 또는 지역 기관 (예: 평등고용기회위원회 또는 주 또는 지역 공정고용 또는 인권위원회)에 고용 차별 혐의를 제기한 적이 있습니까?

네 아니요 확실하지 않습니다

있다면 어떤 기관입니까? _____ 언제 제기했습니까? _____

기관 담당자명: _____ 전화번호: _____

E-mail: _____ 사건 번호 (알고 있을 경우): _____

사건에 대해 설명해주시요

다음에 포함하여 고용주가 차별이나 보복을 야기했다고 생각하는 행동을 했거나 하지 않았다고 생각하는 것을 아래에 설명하십시오.

1. 인종, 피부색, 종교, 성별, 성적 취향, 성 정체성, 출신 국가, 장애, 재향 군인 신분 또는 자신의 급여, 다른 직원의 급여에 대해 질문, 공개, 및 논의하는 행위, 불만 사항에 대한 사전 불만 조사를 접수하였거나 OFCCP 당국이 불법으로 저지른 행위에 반대하는 행위 또는 관행을 이행했다는 사유 또는 불만 사항 조사 평가를 지원 또는 참여했다는 이유로 귀하에 대해 차별 및 보복을 했다고 생각하십니까?
2. (어떤 날짜에) 고용주가 이러한 행위를 하였으며, 어디에서 발생하였고, 누가 관여되었습니까?
3. (피해가 있었다면) 고용주의 이러한 행위로 인해 귀하 또는 타인이 피해를 입었습니까?
4. (설명이 있었다면) 고용주 또는 고용주를 대표하는 사람들이 자신의 행동에 대해 어떤 설명을 제공했습니까?
5. 귀하와 같거나 비슷한 상황에 처한 사람들은 누구이며, 어떻게 대우받았습니까? 개인의 인종, 피부색, 종교, 성별, 성적 취향, 성 정체성, 출신 국가, 장애 또는 재향군인 신분 등 알고 있는 정보를 제공해주십시오.
6. 이 불만 사항 제기에서 귀하가 설명하는 사건 발생 당시 회사가 가지고 있던 연방 계약에 대한 정보는 무엇입니까?

서명 및 확인

본인은 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 위에 제공된 정보가 본인이 아는 한 사실이고 정확함을 선언합니다. 본인은 이로써 이 조사에 필요한 모든 의료 정보의 공개를 승인합니다.

서명: _____ 날짜: _____

개인 정보 보호법 선언

이 양식을 사용하여 정보를 수집하는 것은 OFCCP 가 시행하는 법적 당국과 1964 년 민권법 Title VII(개정판 VII) 및 1990 년 미국 장애인법(ADA) Title I 에 의해 승인됩니다. 미국 평등 고용 기회 위원회(Equal Employment Opportunity Commission, EEOC)가 시행합니다. OFCCP 는 이 정보를 사용하여 불만을 처리하고 이러한 고용 차별법 위반 혐의에 대한 조사를 수행합니다. OFCCP 는 이 불만 사항의 사본을 해당 고용주에게 제공할 것입니다. OFCCP 는 또한 관할권을 가질 수 있는 다른 기관에 이 불만 사항을 회부하고 관할권을 가질 수 있는 추천 기관에 불만 사항 사본을 제공할 수 있습니다. 수집된 정보는 다음과 같을 수 있습니다. 2) 고용주와의 합의 협상 또는 청문회에서 증거를 제시하는 과정에서 사용; 또는 3) 불만 사항을 관할하는 다른 기관에 공개

이 정보를 제공하는 것은 자발적입니다. 그러나 정보를 제공하지 않으면 OFCCP 가 귀하의 불만 사항을 조사하는 것을 지연시키거나 방해할 수 있으며 Title VII 또는 ADA 에서 다루는 문제에 대해 해당 법률에 따라 소송을 제기할 수 있는 귀하의 권리에 영향을 미칠 수 있습니다.

공적 부담 선언

이 양식을 작성하는 데 예상되는 시간은 지침 검토, 양식 작성 및 OFCCP 로 보내는 시간을 포함하여 1 시간입니다. 현재 유효한 OMB 제어 번호가 표시되지 않는 한 이 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다.

부담을 줄이기 위한 제안을 포함하여 예상 부담 또는 이 불만 양식의 다른 측면에 대한 의견이 있는 경우 OFCCP Policy Division(1250-0002), 200 Constitution Avenue, N.W., Room C3325, Washington, D.C. 20210 으로 보내주십시오. **작성된 불만 양식을 이 주소로 보내지 마십시오.**