



Жалоба на дискриминацию в сфере занятости с участием федерального подрядчика или субподрядчика

Только для использования OFCCP: Номер предварительного запроса:

OMB: 1250-0002

Срок действия: 30.06.2026

Перед заполнением этой формы ознакомьтесь инструкциями ниже.

Инструкции

Вы можете подать жалобу в OFCCP, если считаете, что столкнулись с дискриминацией на работе или при подаче заявления о приеме на работу в компанию, ведущую бизнес с федеральным правительством, из-за вашей расы, цвета кожи, религии, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, национального происхождения, инвалидности, статуса ветерана, или из-за запроса, обсуждения или раскрытия вашей заработной платы или заработной платы других лиц. Вы также можете подать жалобу в OFCCP, если вы считаете, что работодатель отомстил или иным образом предпринял против вас негативные действия по поводу вашего трудоустройства, потому что вы подали жалобу, выступили против действий или практики, которые OFCCP определил как незаконные, или помогли или участвовали в оценке соответствия или расследовании жалобы, или если вы считаете, что компания, ведущая бизнес с федеральным правительством, нарушает другие обязательства подрядчика OFCCP. Вам не нужно знать наверняка, что работодатель является федеральным подрядчиком или субподрядчиком, чтобы подать жалобу. Если у вас есть какие-либо вопросы или вам нужна помощь, обратитесь в службу поддержки OFCCP по телефону 1-800-397-6251.

Сроки подачи жалобы

Если вы не подадите жалобу на дискриминацию в течение указанного ниже срока, вы потеряете право на участие в программе OFCCP.

Жалобы, касающиеся вашей расы, цвета кожи, религии, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентичности или национального происхождения, должны быть поданы в OFCCP в течение **180 дней** после действий, предпринятых работодателем, которые, по вашему мнению, были дискриминацией или мстостью.

Жалобы на дискриминацию на основе обсуждения, раскрытия или запроса о зарплате должны быть поданы в OFCCP в течение **180 дней** с момента принятия работодателем мер, которые, по вашему мнению, были дискриминацией или мстостью.

Жалобы, основанные на вашей инвалидности или статусе ветерана, должны быть поданы в OFCCP в течение **300 дней** с момента принятия работодателем мер, которые, по вашему мнению, были дискриминацией или мстостью.

Заполнение этой формы

Распечатайте или введите информацию в форму. Если вам нужно больше места, чтобы описать, что с вами случилось, используйте отдельный лист бумаги. Не забудьте прикрепить этот лист бумаги к форме. **Ваша подпись на форме жалобы обязательна, и если ее нет на форме, когда вы ее отправляете, мы попросим вас подписать ее.** Если вы уполномочили другое лицо подать жалобу от вашего имени, на форме жалобы требуется подпись вашего представителя. Если вы подаете жалобу на дискриминацию из-за вашего статуса ветерана, мы попросим вас предоставить свидетельство об увольнении со службы (также известное как форма DD 214).

Как и куда подать жалобу?

Чтобы подать жалобу в OFCCP, заполните все разделы этой формы, если они не отмечены как необязательные. Если вы не знаете ответа на вопрос, напишите "неизвестно". Если вопрос не актуален, напишите "Н/А".

Если вы заполняете форму онлайн, заполните поля и нажмите "Подать". Если вы не подаете заявку онлайн, отправьте заполненную форму в OFCCP по почте, факсу или электронной почте. Отправьте форму в региональный офис OFCCP, который охватывает штат, где произошли события. Вы также можете подать заявление лично в

офисе OFCCP. Список региональных офисов и штатов, охватываемых каждым офисом, можно [найти на веб-сайте OFCCP](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm): (<http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm>).

Заполняя эту форму, вы подаете жалобу на дискриминацию на работе, утверждая, что работодатель дискриминировал вас. По закону мы обязаны уведомить работодателя о жалобе.

Вы подавали предварительный запрос в OFCCP?

Да Нет

Примечание: Если у вас есть более 60 дней, чтобы подать своевременную жалобу, мы рекомендуем вам сделать предварительный запрос до подачи жалобы. OFCCP рассмотрит ваш запрос, чтобы определить, является ли OFCCP соответствующим федеральным агентством для решения этой проблемы.

Как с вами можно связаться?

Имя (Имя, Отчество, Фамилия): _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Zip-код: _____

Номер телефона: _____ E-mail: _____

У вас есть представитель? (необязательно)

Если вас представляет юрист, другое лицо или организация, укажите их контактную информацию:

Имя (Имя, Отчество, Фамилия): _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Zip-код: _____

Номер телефона: _____ E-mail: _____

С кем нам связаться, если нам нужна дополнительная информация? ____ Вы ____ Ваш представитель

Как зовут работодателя, который, по вашему мнению, дискриминировал вас?

Имя работодателя: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Zip-код: _____

Номер телефона: _____

Имя контактного лица отдела кадров (необязательно): _____ E-mail (необязательно): _____

Это то место, где произошла дискриминация? ____ Да ____ Нет

Если нет, то где это произошло? _____

Укажите последнюю дату, когда, по вашему мнению, вы столкнулись с дискриминацией или местью.

Дата (-ы): _____

По каким признакам, по Вашему мнению, работодатель дискриминировал Вас?

Отметьте все подходящие варианты:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Раса | <input type="checkbox"/> Сексуальная ориентация | <input type="checkbox"/> Запрос по поводу зарплаты | <input type="checkbox"/> Обращение в государственный орган с жалобой на дискриминацию |
| <input type="checkbox"/> Национальное происхождение | <input type="checkbox"/> Гендерная идентичность | <input type="checkbox"/> Раскрытие информации о зарплате | <input type="checkbox"/> Жалобы работодателю на дискриминацию |
| <input type="checkbox"/> Цвет кожи | <input type="checkbox"/> Статус ветерана | <input type="checkbox"/> Другое: _____ | <input type="checkbox"/> Участие в расследовании OFCCP |
| <input type="checkbox"/> Религия | <input type="checkbox"/> Инвалидность | <input type="checkbox"/> Месть | <input type="checkbox"/> Участие в рассмотрении чужой жалобы на дискриминацию на работе |
| <input type="checkbox"/> Пол (включая беременность) | <input type="checkbox"/> Обсуждение зарплаты | <input type="checkbox"/> Подача жалобы на дискриминацию | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |

Подавали ли вы это заявление о дискриминации в сфере занятости в другой федеральный или местный орган власти (например, в Комиссию по равным возможностям в сфере занятости или в местную/государственную Комиссию по справедливому трудоустройству и правам человека)?

Да Нет Я не уверен (-а)

Если да, то какой орган? _____

Когда вы подали заявление? _____

Контактное лицо органа: _____

Номер телефона: _____

E-mail: _____

Номер дела (если известно): _____

Расскажите нам, что произошло

Опишите ниже, что, по вашему мнению, сделал или не сделал работодатель, что, на ваш взгляд, привело к дискриминации или мести, в том числе:

1. Почему вы считаете, что эти действия были основаны на вашей: расе; цвете кожи; религии; поле; сексуальной ориентации; гендерной идентичности; национальном происхождении; инвалидности; статусе ветерана; и/или запросах, обсуждениях или раскрытии информации о вашей заработной плате или заработной плате других лиц; и/или возмездии за подачу жалобы, участие в разбирательстве по делу о дискриминации, противодействие незаконной дискриминации или осуществление любых других прав, защищаемых OFCCP.
2. Когда (в какие сроки) происходили действия работодателя, где они происходили и кто был причастен.
3. Какой вред, если таковой имеется, вы или другие понесли из-за действий работодателя.
4. Какое объяснение своих действий предоставил работодатель или лица, представляющие работодателя, если таковые имеются.
5. Кто был в такой же или похожей ситуации, как вы, и как с ними обращались. Включите такую информацию, как раса, цвет кожи, религия, пол, сексуальная ориентация, гендерная идентичность, национальное происхождение, инвалидность или статус ветерана этих лиц, если известно.
6. Какая у вас информация о федеральных контрактах, которые были у компании на момент событий, которые вы описываете в этой жалобе.

Подпись и заверение

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что вышеуказанная информация является достоверной и правильной, насколько мне известно. Настоящим я разрешаю раскрытие любой медицинской информации, необходимой для этого исследования.

Подпись: _____ Дата: _____

Заявление о конфиденциальности

Сбор информации с помощью этой формы разрешен юридическими органами OFCCP, а также разделом VII Закона о гражданских правах 1964 года (раздел VII) с поправками и разделом I Закона об американцах-инвалидах 1990 года (ADA) с поправками, применяемыми Комиссией по равным возможностям в области занятости (EEOC). OFCCP использует эту информацию для расследования жалоб и проведения расследований предполагаемых нарушений этих законов о дискриминации в сфере занятости. OFCCP предоставит копию этой жалобы работодателю, на которого она подана. OFCCP также может передать эту жалобу в другие ведомства, которые могут иметь юрисдикцию, и предоставить копию жалобы в ведомство, которое может иметь юрисдикцию. Собранные информация может быть: 1) проверена с другими лицами, которые могут обладать знаниями, имеющими отношение к жалобе; 2) использована в переговорах об урегулировании с работодателем или при представлении доказательств на слушании; или 3) раскрыта другим органам, обладающим юрисдикцией в отношении жалобы.

Предоставление этой информации является добровольным; однако непредоставление информации может задержать или помешать OFCCP расследовать вашу жалобу и, по вопросам, охватываемым Разделом VII или ADA, может повлиять на ваше право подать иск в соответствии с этими законами.

Заявление об общественном бремени

Ориентировочное время заполнения этой формы составляет 1 час, включая время на ознакомление с инструкциями, заполнение формы и ее отправку в OFCCP. Обратите внимание, что вы не обязаны отвечать на этот сбор информации, если на нем не отображается текущий действительный контрольный номер OMB.

Если у вас есть комментарии по предполагаемому бремени или любому другому аспекту этой формы запроса перед подачей жалобы, включая предложения по снижению бремени, пожалуйста, отправьте их в Офис политики OFCCP (1250-0002), 200 Constitution Avenue, N.W., Room C3325, Washington, D.C. 20210. **Пожалуйста, не отправляйте заполненную форму жалобы на этот адрес.**