



涉及聯邦承包商或分包商的就業歧視投訴

僅供聯邦合同執行計畫辦公室(OFCCP)使用：投訴前查詢編號：

預算辦公室 (OMB)：1250-0002

到期日：06/30/2026

填寫此表格前，請閱讀以下說明。

說明

如果您認為自己在就業或申請就業時因您的種族、膚色、宗教、性別、性取向、性別認同、國籍、殘疾、受保護退伍軍人的身份，或詢問、討論或透露您或他人的薪酬而受到與聯邦政府有業務往來的公司歧視，您可以向聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 提交投訴。如果因為您提交了投訴、反對聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 當局認定為非法的行為或做法、或協助或參與了合規評估或投訴調查、或者您認為與聯邦政府開展業務的公司違反了其他聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 承包商義務，然後雇主對您進行了報復或以其他方式採取了消極的雇用行為，您也可以提交投訴。您無需確定雇主是聯邦承包商或分包商即可提交投訴。如果您有任何疑問或需要幫助，請致電 1-800-397-6251 聯繫聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 幫助台。

提交投訴的截止日期

如您未在下述時限內提交歧視投訴，您將失去通過聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 進行投訴的權利。

基於您的種族、膚色、宗教、性別、性取向、性別認同或國籍的投訴必須在雇主採取您認為是歧視或報復的行動後 **180 天**內向聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 提交。

指控因討論、透露或詢問薪酬而受到歧視的投訴必須在雇主採取您認為是歧視或報復的行動後 **180 天**內向聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 提交。

基於您的殘疾或受保護退伍軍人身份的投訴必須在雇主採取您認為是歧視或報復的行動後 **300 天**內向聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 提交。

填寫表格

線上填寫表格或將表格列印出來填寫。如果您需要更多空間來描述發生在您身上的事情，請使用單獨的一張紙。請記住將這張紙附在表格上。**投訴表上需要您的簽名，如果您提交時表格上沒有簽名，我們將要求您簽名。**如果您已授權他人代表您提交投訴，則投訴表上需要您的代理人的簽名。如果您因受保護退伍軍人的身份而提交歧視投訴，我們將要求您提供解除現役或退役證明（也稱為 DD 表格 214）。

如何以及在哪儿提交投訴表？

要向聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 提交投訴，除非標記為可選，否則請填寫此表格上的所有部分。如果您不知道問題的答案，請填寫“不知道”。如果問題不適用，請填寫“不適用”。

如果您是線上提交，請完整填寫表格後點擊“提交”。如果您不是線上提交，請通過郵寄、傳真或電子郵件將填寫好的表格發送給聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP)。將表格遞送至聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 地方辦事處，即涵蓋事件發生地所在州。您也可以親自到聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 辦公室填寫表格。地方辦事處和每個辦事處所涵蓋的州的名單可在 [聯邦合同執行計畫辦公室 \(OFCCP\) 網站](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkeyp.htm) 上找到：

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

通過填寫此表格，您正在提交就業歧視投訴，聲稱雇主歧視您。根據法律規定，我們必須將投訴通知雇主。

您是否向聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 提交了投訴前查詢表?

- 是 否 注: 如果您有 60 天以上的時間來提交投訴, 我們鼓勵您在提出投訴之前提交投訴前查詢表。
聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 將審查您的查詢表, 以確定聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 是否是處理此事的正確聯邦機構。

您的聯繫資料

姓名(名, 中間名, 姓): _____

街道地址: _____

城市: _____ 州: _____ 郵編: _____

電話號碼: _____ 電子信箱: _____

您有代理人嗎? (可選)

如果您由律師、他人或組織代表, 請提供他們的聯繫資料:

姓名(名, 中間名, 姓): _____

街道地址: _____

城市: _____ 州: _____ 郵編: _____

電話號碼: _____ 電子信箱: _____

如果我們需要更多資料, 我們應該聯繫誰? 您本人 您的代理人

歧視您的雇主是誰?

雇主名字: _____

街道地址: _____

城市: _____ 州: _____ 郵編: _____

電話號碼: _____

人力資源連絡人姓名(可選): _____ 電子郵件(可選): _____

這與歧視事件的發生地是同一地點嗎? 是 否

如果否, 歧視發生地是哪裡 _____

請提供最近一次您認為受到歧視或報復的日期

日期: _____

您認為雇主歧視您的依據是什麼?

勾選所有適用項:

- | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 種族 | <input type="checkbox"/> 性別(包括懷孕) | <input type="checkbox"/> 討論薪酬 | <input type="checkbox"/> 報復 |
| <input type="checkbox"/> 國籍 | <input type="checkbox"/> 性取向 | <input type="checkbox"/> 詢問薪酬 | <input type="checkbox"/> 提交歧視投訴 |
| <input type="checkbox"/> 膚色 | <input type="checkbox"/> 性別認同 | <input type="checkbox"/> 透露薪酬 | <input type="checkbox"/> 聯繫政府機構投訴歧視 |
| <input type="checkbox"/> 宗教 | <input type="checkbox"/> 受保護退伍軍人身份 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ | <input type="checkbox"/> 向雇主投訴歧視 |
| | <input type="checkbox"/> 殘疾 | | <input type="checkbox"/> 參與聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 的調查 |
| | | | <input type="checkbox"/> 參與他人對工作歧視的投訴 |
| | | | <input type="checkbox"/> 其他: _____ |

**您是否向另一個聯邦或地方機構（如平等就業機會委員會或州或地方公平就業或人權委員會）
提交了就業歧視指控？**

是 否 不確定

如果是，列出是哪個機構？ _____ 您是何時提交的？ _____

機構連絡人姓名： _____ 電話： _____

電子郵件： _____ 案件編號（如已知）： _____

告訴我們發生了什麼

以下描述了雇主做了什麼或沒有做什麼，讓您認為造成了歧視或報復，包括：

1. 為什麼您認為這些行為是基於您的：種族、膚色、宗教、性別、性取向、性別認同、國籍、殘疾、受保護退伍軍人身份或詢問、討論或透露您或他人的薪酬而受到與聯邦政府有業務往來的公司的歧視；或因您提交投訴前查詢表或投訴、反對聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 認定的非法行為或做法、或協助或參與合規評估或投訴查詢表。
2. 雇主歧視或報復行為何時（在什麼日期）發生，在哪裡發生，以及誰參與其中。
3. 您或其他人因雇主的行為而遭受了什麼傷害（如果有的話）。
4. 雇主或代表雇主的人對其行為提供了什麼解釋（如果有的話）。
5. 誰與您處於相同或相似的情況以及他們的遭遇是怎樣的。包括這些人的種族、膚色、宗教、性別、性取向、性別認同、國籍、殘疾或受保護的退伍軍人身份等資料（如已知）。
6. 您在本投訴中描述的事件發生時擁有的有關公司聯邦合同的哪些資料。

簽名和承諾

我聲明，據我所知或所信，上述資料真實無誤，否則將受到偽證處罰。我特此授權發佈本次調查所需的任何醫療資料。

簽名： _____ 日期： _____